

**AUTOCUIDADO EN USUARIAS CON MAMOGRAFÍA POSITIVA DE UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD. MANIZALES 2014-2016**

Trabajo para optar por el título de especialista en Epidemiología

DIANA GONZÁLEZ MONTOYA
MARÍA DEL PILAR MARÍN GIRALDO
LEIDY JOHANA OSPINA CASTRILLÓN

Asesores

CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN

Ms. en Enfermería, especialista en Epidemiología, especialista en docencia
Universitaria

Docente asociada Centro de Posgrados en Salud Fundación Universitaria del Área
Andina

JORGE MARIO ESTRADA ÁLVAREZ

Lic. en Matemáticas. MSc Epidemiología

Docente asociado Centro de Posgrados en Salud Fundación Universitaria del Área
Andina

Red Ilumino

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA COHORTE XIV
PEREIRA
Marzo 2017

**AUTOCAUIDADO EN USUARIAS CON MAMOGRAFÍA POSITIVA DE UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD. MANIZALES 2014 -2016**

Trabajo para optar por el título de especialista en Epidemiología

DIANA GONZÁLEZ MONTOYA
MARÍA DEL PILAR MARÍN GIRALDO
LEIDY JOHANA OSPINA CASTRILLÓN

Red Ilumno
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA COHORTE XIV
PEREIRA
Marzo 2017

PAGINA DE ACEPTACIÓN

Nota de aceptación

Presidente del jurado

_____ Jurado

_____ Jurado

_____ Jurado

Pereira, marzo de 2.017

Dedicatoria

Dedicado a nuestras amadas familias, por su apoyo, paciencia y acompañamiento en el transcurso de esta etapa.

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

Contenido

1. PROBLEMA	12
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación del problema	13
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo general	16
3.2 Objetivos específicos	16
3.3 Matriz de objetivos	16
4. MARCO TEÓRICO	17
4.1 Marco de antecedentes	17
4.2 Marco referencial	23
4.2.1 Comportamiento epidemiológico	23
4.2.2 Características sociodemográficas	23
4.2.3 Métodos de detección de signos para cáncer de mama	24
4.2.5 Antecedentes gineco-obstétricos	25
4.2.6 Actitud frente autoexamen de mama	26
4.3 Marco conceptual	28
4.3.1 Palabras clave	28
4.4 Marco jurídico	28
5. METODOLOGÍA	32
5.1 Diseño	32
5.2 Población y muestra	32
5.3 Unidad de análisis	32
5.4 Criterios de inclusión	32
5.5 Criterios de exclusión	32
5.6 Variables	33
5.7 Plan de análisis	33
5.7.1 Recolección de información	33
5.7.2 Validez de los instrumentos	33

5.7.3 Tabulación de los datos	34
5.7.4 Pruebas estadísticas	34
5.7.5 Presentación de la información	34
5.7.6 Control de sesgos	34
5.8 Compromiso ético	35
5.9 Compromiso medio ambiental	35
5.10 Responsabilidad social	35
5.11 Aspectos administrativos	36
5.11.1 Cronograma en tabla de Gantt	36
5.11.2 Presupuesto	36
5.12 Difusión de los resultados	36
6. RESULTADOS	37
6.1 Análisis univariado	37
6.1.1 Variables sociodemográficas	37
6.1.2 Practicas de autocuidado	¡Error! Marcador no definido.
7. CONCLUSIONES	54
8. RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	71
ANEXO A: Árbol de problemas	71
ANEXO B: Árbol de soluciones	71
ANEXO C: Matriz de objetivos	72
ANEXO D: Variables	94
ANEXO E: Instrumento	125
ANEXO F: Instructivo	127
ANEXO G: Consentimiento informado	138
ANEXO H: Consentimiento institucional	139
ANEXO I: Cronograma de Gantt	140
ANEXO J: Presupuesto	141

CONTENIDO DE CUADROS

1. Cuadro 1: Situación de unidades de análisis según participación en el estudio	32
2. Cuadro 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).....	37
3. Cuadro 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).....	38
4. Cuadro 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).....	38
5. Cuadro 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.....	39
6. Cuadro 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)	40
7. Cuadro 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)	42
8. Cuadro 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)	43
9. Cuadro 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)	44
10. Cuadro 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)	45
11. Cuadro 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)	46
12. Cuadro 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)	46

INTRODUCCIÓN

La glándula mamaria como órgano del cuerpo humano está preparada para la producción y secreción de leche. Según conceptos médico científicos está ligada a los términos de maternidad, lactancia materna, fertilidad y fecundidad. 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 (1,2).

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. 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 (3,4).

Es muy preocupante la inadherencia a las acciones de autocuidado como lo es la práctica del autoexamen de mama, la cual puede facilitar un diagnóstico temprano de la enfermedad. 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; 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 (5–7).

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, 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 (9).

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 (10).

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 (11).

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 (12).

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.

1. PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La glándula mamaria como órgano del cuerpo humano está preparada para la producción y secreción de leche, según conceptos médico científicos está ligada a los términos de maternidad, lactancia materna, fertilidad, fecundidad y 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 en una de las enfermedades que en la actualidad cobra un importante número de vidas en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Sin embargo, es más preocupante que la prevención primaria de la neoplasia maligna de mama es difícil de lograr dado a la poca adherencia al autoexamen de mama (1).

En Brasil se realizó un estudio en mujeres para la identificación de las variables que afectan la frecuencia en la práctica mensual del autoexamen de seno, encontrando 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. El conocimiento sobre el cáncer de mama, sus signos, síntomas y tratamiento se asoció positivamente con la práctica del autoexamen, por lo cual tener información sobre factores de riesgo a través de campañas y programas de salud pública podrían generar conciencia sobre la enfermedad y motivar la adecuada realización del autoexamen (2).

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres tanto en países desarrollados como en desarrollo y actualmente es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial; por lo cual, se realizó un estudio en México para identificar las características asociadas con la prevalencia de utilización correcta de la autoexploración manual de mama, el examen clínico y la mamografía para la detección temprana de cáncer mamario, encontrando que el principal motivo para no realizar la autoexploración mamaria fue el desconocimiento de la técnica, con una asociación estadísticamente significativa con variables como la edad, donde las mujeres jóvenes y que tienen un mayor nivel de escolaridad son quienes más aplican estrategias de autocuidado. Con relación a lo anterior se ve la necesidad de que el personal de salud recomiende la técnica y de mayor educación sobre la periodicidad y condiciones para la realización de la autoexploración mamaria (3).

El desconocimiento sobre el autoexamen de las mamas 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; teniendo

en cuenta que si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana, significa curación en un alto porcentaje de los casos, el objetivo de la Atención Primaria en Salud se convierte en realizar un diagnóstico temprano con el fin de incrementar la esperanza y calidad de vida de las mujeres; ante esto muchos especialistas consideran que el hecho de palparse las mamas cada mes genera una conciencia positiva en las mujeres y las hace conscientes del problema (4).

Lo anteriormente expuesto y evidenciado en los diferentes estudios alrededor del cáncer de mama, pone de manifiesto la necesidad de analizar las acciones frente al cuidado de la salud que ejercen las mujeres ante el riesgo de tener cáncer de mama.

1.2 Formulación del problema

Teniendo en cuenta la dimensión problemática entorno a la salud pública que trae consigo el cáncer de mama, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las acciones de autocuidado, para la prevención del cáncer de mama en usuarias con mamografía positiva, en una institución prestadora de salud en Manizales, Caldas durante los años 2014 a 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

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; 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 en conocer la caracterización epidemiológica de la población femenina y tratar de controlar dichos factores (5).

Con relación a lo anterior y la importancia de analizar las barreras frente a la realización del autoexamen de mama, en la ciudad de Medellín se realizó un estudio de tipo cualitativo con la teoría fundada de Strauss, llamado “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama; el estudio fue realizado con 13 mujeres, arrojando como resultado 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.

Frente a lo anterior el reto 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, 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 (6).

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 adecuada 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. 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 (7,8)

La información sobre la autoexploración de mama, las mujeres la obtienen con mayor frecuencia de la televisión, radio e internet; lo que aumenta la probabilidad de adquirir conocimientos erróneos sobre las prácticas de autocuidado, 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 para la detección de signos de cáncer de mama (9).

Teniendo en cuenta lo analizado, la magnitud de la problemática mundial frente al cáncer de mama y la necesidad de concientización y empoderamiento de la mujer hacia el autocuidado, se planteó la necesidad de estudiar las acciones de autocuidado para la prevención del cáncer de mama que ejercen las usuarias con mamografía positiva, en una institución prestadora de salud en Manizales, Caldas, durante los años 2014 a 2016.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

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.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a las usuarias del estudio.
2. Identificar las prácticas de autocuidado frente a la prevención del cáncer de mama que tienen las usuarias con mamografía positiva.

3.3 Matriz de objetivos

Ver Anexo C.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco de antecedentes

La glándula mamaria como órgano está preparada para la producción y secreción de leche, según conceptos médico-científicos está ligada a los términos de maternidad, lactancia materna, fertilidad y fecundidad; 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 en una de las enfermedades que en la actualidad cobra un importante número de vidas en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, convirtiéndose en una patología de interés en salud pública. Si las estadísticas son alarmantes, más preocupante es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr dado a la poca adherencia al autoexamen de mama.

En Malacia para el año 2000 el cáncer de mama fue la octava causa de muerte en mujeres y para el 2006 fue el tipo de cáncer más frecuente con un 29%, 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 (10).

Según el libro “The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer” el diagnóstico y tratamiento precoz es la mejor defensa contra la morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama; permitiendo tener una mejor calidad de vida y una mayor supervivencia; teniendo en cuenta esta premisa y los altos índices de cáncer, se desarrolló un estudio en pacientes con cáncer de mama primario con autodescubrimiento de los síntomas, en el servicio de radioterapia y oncología de la clínica de Kuala Lumpur, donde los datos arrojaron 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%.

En este estudio, se encontró asociación entre el diagnóstico tardío y el origen étnico, estado civil, las características sociodemográficas, la práctica del autoexamen de mama, historia de 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 plausibles al momento de tener prácticas de autocuidado como el examen de mama .

El estudio permitió establecer que tienen mayor riesgo de cáncer de mama las mujeres divorciadas, viudas y casadas que no se realizaban el autoexamen de mama con relación a las que sí lo hacían; para lo cual se puede retomar del artículo Gender, marital status and the social control of health behaviour, donde explica que un modelo teórico postula que el matrimonio puede ser beneficioso para la salud, porque los esposos influyen positivamente sobre los comportamientos de salud de su pareja, concluyendo con esto que las mujeres sin cónyuges carecen de dicho apoyo y por lo tanto necesitan de la ayuda de otras personas para fortalecer las acciones de autocuidado y existe la necesidad de hacer hincapié en la importancia del autoexamen de mamas, prestando especial atención en el fortalecimiento de la concientización en la población establecida como de mayor riesgo (10).

Con relación a lo anterior y la importancia de analizar las barreras frente a la realización del autoexamen de mama, en la ciudad de Medellín se realizó un estudio de tipo cualitativo con la teoría fundada de Strauss, llamado “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama; el estudio fue realizado con 13 mujeres entre los 24 y 77 años de edad, 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.

Para Hewitt las barreras son todas las condiciones psicológicas y sociales que impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud a las mujeres con Cáncer de mama. En el proceso de autocuidado en esta población es importante estudiar las auto barreras que les impiden adoptar buenos hábitos que favorezcan una detección precoz y tratamiento oportuno; estas se pueden describir como el temor a los ámbitos y tratamientos médicos, el retraso de consulta por compromisos laborales y familiares, al igual que las experiencias terapéuticas negativas, que se relacionan con creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales las cuales se comportan como obstáculos más determinantes que las barreras de acceso físico o financieras.

Frente a lo anterior el reto 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, 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 (11).

A nivel nacional la Norma Técnica Colombiana de Detección Temprana de Cáncer de Mama recomienda brindar a todas las mujeres mayores de 20 años educación en autoexamen de seno, lo cual es importante fortalecer considerando que, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 el 80% de las mujeres tiene conocimiento sobre el autoexamen de mama, pero tan solo el 6.2% lo realizaban correctamente. Teniendo en cuenta estos resultados 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 y por esa razón se hace necesario estructurar estrategias de capacitación y motivación a los agentes de salud para inducir en las usuarias, una práctica constante y adecuada del autoexamen de mama encaminada hacia la detección temprana (12).

Un estudio implementó una intervención educativa por parte de los profesionales en el área de la salud, logrando modificar positivamente el conocimiento de las usuarias de estudio, lo que demuestra la efectividad de la estrategia; por lo cual es de gran importancia la figura del médico, enfermera, u otro órgano de control relacionados con la salud frente al descubrimiento temprano de algún tipo de tumor causantes del cáncer de mama, debido a que estos son los principales encargados de difundir a sus usuarias las bondades de la realización del autoexamen de mama y la adherencia al programa de detección temprana del cáncer, teniendo en cuenta que la mayoría de usuarias tienen poco conocimiento de esta práctica y sobre los factores de riesgo que pueden desencadenar la enfermedad (13).

El autoexamen de mama es el principal instrumento con el que cuenta la mujer para la detección temprana del cáncer de mama, sin ser la única herramienta con la que se dispone, en la actualidad la mamografía y la ecografía mamaria son más específicas pero hay que vencer barreras para acceder a ellas; por lo cual conocerse y desarrollar hábitos de autocuidado permanentes invitan a la busca de ayuda de los servicios de salud oportunamente y aunque no existan estudios que demuestran que el autoexamen de mama disminuye la mortalidad por cáncer de mama si se cuenta con teorías que ratifican las bondades en el tratamiento de pacientes diagnósticas precozmente dado que aumenta el porcentaje de supervivencia (14).

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.

Un estudio realizado en la Universidad Francisco de Paula Santander, tuvo como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama en las mujeres docentes y administrativas que laboran en la universidad, para lo cual se analizaron diferentes variables relacionadas con determinantes de la salud que tienen un comportamiento de factores de riesgo y factores protectores.

Los cuatro determinantes de la salud de Marc Lalonde son factores que predisponen la patología si no son bien manejados: La biología humana, tiene gran relación con la herencia o antecedentes familiares; los estilos de vida, tienen en cuenta la alimentación, la práctica de ejercicio físico, uso del tabaco y consumo de licor; el determinante de medio ambiente se relaciona con la variable estrés y el de organización de la atención en salud se analiza frente a la educación como factor importante dentro de la promoción de la salud (15).

Las mujeres a través de las actividades y cuidados pueden lograr la prevención del cáncer de mama y entre estos se encuentra: tener buena percepción de la importancia del consumo de alimentos saludables tales como las frutas y verduras y el mantenimiento de un horario fijo de comidas, realizar ejercicio físico, propiciar entornos que generen tranquilidad, confianza y seguridad en situaciones que generen estrés, tener un buen mecanismo de adaptación a los cambios llevando una vida cotidiana tranquila, placentera, ofrecer la lactancia materna a sus hijos y conocer la técnica del autoexamen de mama; por otro lado es importante dentro del proceso de autocuidado conocer los factores riesgo que pueden estimular la aparición de cáncer de mama, con el fin de evitarlos y disminuir el riesgo como lo es el consumo frecuente de grasas, el consumo de licor, uso del cigarrillo y el estrés.

Frente al conocimiento, actitudes y prácticas, estas influyen sobre la prevención del cáncer de mama, permitiendo un aprendizaje continuo, para lo cual Hernández y Cols (2003), dan a conocer la importancia de que el equipo de salud en las vías de aprendizaje orienten a la población femenina acerca de la técnica del autoexamen, donde enseñen 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 adecuada 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 habilidades personales.

Por otro lado, un estudio realizado en mujeres de Brasil para la identificación de las variables que afectan la frecuencia en la práctica mensual del autoexamen de seno, 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. El conocimiento sobre el cáncer de mama, sus signos, síntomas y tratamiento se

asoció positivamente con el rendimiento y la práctica del autoexamen, tener información sobre los factores de riesgo a través de campañas y programas de salud pública podrían generar conciencia sobre la enfermedad y motivar la adecuada realización del autoexamen.

El desconocimiento sobre el autoexamen de las mamas conlleva a que un gran porcentaje de mujeres acuda a consulta cuando las lesiones se encuentran en etapas avanzadas donde los criterios de curación son reservados, el objetivo de Atención Primaria en Salud es realizar un diagnóstico temprano con el fin de incrementar la esperanza de vida. Si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana, significa curación en un alto porcentaje de los casos. Muchos especialistas consideran que el hecho de palparse las mamas cada mes genera una conciencia positiva en las mujeres y las hace conscientes del problema (16).

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres tanto en países desarrollados como en desarrollo y actualmente es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial; un estudio realizado en México para identificar las características asociadas con la prevalencia de utilización correcta de la autoexploración manual de mama, el examen clínico y la mamografía para la detección temprana de cáncer mamario encontró que el principal motivo para no realizar la autoexploración mamaria fue el desconocimiento de la técnica, así mismo se asoció negativamente con la edad, siendo más frecuente su uso en mujeres jóvenes y con nivel de escolaridad mayor, este estudio describe la necesidad de que el personal de salud recomiende la técnica, periodicidad y condiciones para la realización de la autoexploración mamaria.

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; presentándose de manera eventual en pacientes menores de 25 años, pero con 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, al conocer la caracterización epidemiológica de la población femenina y tratar de controlar dichos factores (17).

Según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar para el 2008 el 34,6% de las mujeres peruanas entre 20 a 49 años se realizan el autoexamen de mama, comparado con ciudades de Perú, Brasil, México donde el porcentaje de realización del autoexamen de mama también son bajos, más aún cuando se indaga sobre la cultura de realizarlo mensualmente. Con relación a esto, en el estudio se encontró que el hacerse el autoexamen de mama, tiene una relación estadísticamente

significativa con tener una edad entre los 30 y 49 años, tener 1 o 2 hijos y estar en un estrato socioeconómico medio y alto, realizarse un examen clínico en los últimos cinco años, e igualmente tuvo relación el nivel de escolaridad y vivir en zona urbana, aunque en el estudio las mujeres que vivían en zona rural o urbana y las que tenían alta o baja escolaridad tuvieron baja prevalencia al realizarse el autoexamen de mama.

Diferentes estudios han demostrado que la incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad, siendo más agresivo en mujeres jóvenes, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte por cáncer en esta población. Por lo anterior sigue siendo importante que el autoexamen de mama se incluya en los programas de detección temprana, ya que es no invasivo, fácil de hacer, es el más económico, aumenta la probabilidad de un diagnóstico y tratamiento temprano que posibilita disminuir el riesgo de mortalidad; más aún en población joven donde aún no se realiza la mamografía.

La información sobre la autoexploración de mama, las mujeres la obtienen con mayor frecuencia de la televisión, radio e internet; lo que aumenta la probabilidad de adquirir conocimientos erróneos sobre las prácticas de autocuidado, mientras que solo el 36.6% la reciben 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 para la detección de signos de cáncer de mama.

La comunidad científica realiza un balance entre riesgos y beneficios de los programas de detección precoz por la proporción importante de casos sobrediagnosticados y sobretratados, que nunca habrían llegado a manifestarse clínicamente, algunos estudios muestran que no existe evidencia significativa que apoye un efecto beneficioso del programa de detección con mamografía vs a la detección con autoexploración mamaria, sin embargo se debe considerar que se trata de una enfermedad muy heterogénea, donde los aspectos biológicos y de agresividad clínica del tumor son definidos desde un primer instante, independientemente del tiempo que tarde en ser detectado. Los esfuerzos realizados en la prevención del cáncer de mama deben adoptar un enfoque más individualizado, implicando más a las mujeres en sus propias decisiones y cuidado, dirigiéndose de una forma más específica hacia las personas que tengan un riesgo alto (18).

Es necesario que el cáncer de mama sea detectado de manera rápida para lograr aumentar la probabilidad de tratamiento efectivo, lo cual a su vez disminuye los costos de la enfermedad al sistema de salud, por lo cual es importante reforzar los programas de prevención en primer nivel, fortalecer la educación a las usuarias y desarrollar trabajo de campo en actividades de entretenimiento, llamadas telefónicas, material educativo y recordatorios. Un estudio evidencia los factores

relacionados a la no participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama, encontrando que el temor, no tener ninguna enfermedad que requiere valoración médica y la realización reciente de mamografías, aumenta la probabilidad de no acudir al programa; por lo cual el reto está en minimizar todas las barreras que impiden la adherencia a los programas de prevención (19).

4.2 Marco referencial

4.2.1 Comportamiento epidemiológico

Las condiciones crónicas no transmisibles han aumentado la carga de morbimortalidad a nivel mundial, esta situación podría explicarse por los cambios en los hábitos de vida y el aumento del envejecimiento. En el reporte mundial para el 2012 de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), refiere que el número de casos nuevos de cáncer es cada vez mayor, se presentaron 12,1 millones de casos y 8,2 millones de muertes, estimando para el 2025 un aumento a 19,3 millones (20).

El cáncer de mama es la segunda causa más común de cáncer en el mundo y para el año 2012 representó la quinta causa de mortalidad, lo que lo posiciona como un problema de salud pública; el cáncer de mama es el primer cáncer en las Américas, presentando la mayor incidencia en Bahamas, Uruguay y Estados Unidos. Las proyecciones para el 2030 indican que el incremento en número de casos será casi el doble en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América.

En Colombia el cáncer es una de las condiciones crónicas que ha aumentado su incidencia, ocupando el tercer lugar en las causas de mortalidad seguido de las enfermedades cardiovasculares y la violencia de acuerdo a las estimaciones realizadas en el periodo comprendido entre 2000 y 2006, la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer en el 2012, informa que en Colombia se presentaron aproximadamente 8.686 (12,2%) casos nuevos y 2.649 muertes por esta causa; lo que convierte esta patología en un gran desafío para Colombia (21).

De acuerdo a los datos de Así vamos en salud, para el 2013 se presentó una tasa de mortalidad por cáncer de mama de 10,95 por cada 100.000 habitantes, el departamento de Caldas presentó tasas superiores a 10 muertes por 100.000 mujeres.

El cáncer de mama es una patología multicausal que requiere la implementación de estrategias para la prevención y atención integral con el fin de aumentar la proporción de casos diagnosticados oportunamente y de esta manera reducir la mortalidad por esta causa (22).

4.2.2 Características sociodemográficas

Las diferentes condiciones sociodemográficas ponen en mayor riesgo a un sin número de mujeres que deben enfrentarse a variables negativas que impiden el

acceso al servicio de salud considerándose estas 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, teniendo en cuenta que el estado civil no es una condición excluyente. Otra barrera que influye es la religión ya que la técnica que se utiliza para el autoexamen implica ir en contra de las costumbres conservadoras del culto que profesa (23,24).

4.2.3 Métodos de detección de signos para cáncer de mama

Ecografía: Importante herramienta diagnóstica, de fácil acceso, muchas veces utilizada conjuntamente con la mamografía para favorecer el diagnóstico en mamas que presentan características específicas en cuanto a la densidad, utilizada como método de tamizaje del cáncer de mama, proporcionando imágenes que indican nódulos, masas o alteraciones de la glándula mamaria (25–27).

Mamografía: Es la ayuda diagnóstica más utilizada para el diagnóstico de cáncer de mama y consiste en una técnica de rayos X atraviesa el tejido mamario para obtener imágenes de la mama y del tejido circundante, se debe tener en cuenta la especificidad y la sensibilidad esta última se ve afectada por factores como la edad, la densidad mamaria y la experiencia del médico radiólogo al momento de la toma (28–30).

4.2.4 Clasificación BIRADS

BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) es un sistema que tiene como propósito estandarizar los informes para reportar los hallazgos mamográficos

BI-RADS 0: Reporte no concluyente, requiere estudios adicionales

BI-RADS 1: Hallazgo normal, incluye rasgos típicos que no planteen dudas en cuanto a su naturaleza:

BI-RADS 2: Hallazgo Benigno (las probabilidades de desarrollar cáncer son similares a las de la población en general)

BI-RADS 3: Hallazgo probablemente benigno, se recomienda seguimiento a corto plazo, el riesgo de malignidad es menor al 2%

BI-RADS 4: Anomalías sospechosas para malignidad, se recomienda la realización de biopsia. La probabilidad de tener la enfermedad se encuentra entre el 29% y 34%

hasta 70%, por su amplio rango se subclasifica en:

4 A: Sospecha de cáncer baja, requiere biopsia

4 B: Sospecha de cáncer media

4 C: Preocupación moderada, pero no tan alta como el BI-RADS 5

BI-RADS 5: Hallazgo que sugiere malignidad con una probabilidad de al menos 95%

BI-RADS 6: Hallazgo con malignidad confirmada por medio de biopsia, en este caso se realiza mamografía para verificar la respuesta al tratamiento (31–33).

4.2.5 Antecedentes gineco-obstétricos

Menarquia: la menarquia, o primera menstruación, es un evento tardío en el desarrollo puberal, está influenciada por factores genéticos y ambientales. La menarquia es un indicador de maduración sexual y de activación del aparato genital. Junto a la menopausia, determina el intervalo natural reproductivo femenino. La menarquia precoz constituye un factor de riesgo no modificable que aumenta el tiempo de exposición a hormonas a lo largo de la vida y por lo tanto incrementa el riesgo de presentar la enfermedad (34–36).

Menopausia: evento dentro del ciclo vital de la mujer donde cesa la función cíclica del ovario, está relacionada con la disminución de estrógenos y pérdida de la función folicular; en este momento se detienen los períodos menstruales. Se considera menopausia cuando hay ausencia de sangrado menstrual por más de un año, la menopausia tardía es considerada un factor de riesgo para cáncer de mama por la duración prolongada del ciclo estrogénico que favorece el desarrollo de cáncer de mama (37–39).

Anticonceptivos: El uso de anticonceptivos hormonales ha demostrado que aumenta el riesgo de presentar cáncer de mama ya que el tejido mamario se encuentra expuesto a altos contenidos de hormonas por periodos prolongados, siendo mayor el riesgo para las mujeres que iniciaron el uso de anticonceptivos a temprana edad (40).

Múltiples estudios demuestran que transcurridos al menos 10 años después de dejar de usar los anticonceptivos hormonales, el riesgo de presentar cáncer de mama es igual al de las mujeres que jamás han usado anticonceptivos hormonales, pero sigue siendo más alto en las mujeres que habían empezado a usarlos en la adolescencia (41,42).

Antecedentes familiares: Tener un familiar con diagnóstico de cáncer de mama

puede aumentar hasta tres veces el riesgo de padecer este tipo de cáncer, las mutaciones en los genes que predisponen a esta enfermedad son raras y solo son uno de los factores que contribuye a desarrollarla. 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 (43–45).

Número de hijos y lactancia materna: Numerosos estudios han concluido que la exposición a hormonas es un factor determinante en el desarrollo del cáncer de mama. Eventos como la menarquia temprana y la menopausia tardía aumentan la exposición y por lo tanto el riesgo.

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 presentar cáncer de mama con o sin receptores hormonales (46).

Las mamas que nunca pasaron por el proceso de diferenciación que favorece la lactancia presentan mayor cantidad de células epiteliales que son las más susceptibles de presentar cambios malignos, en la actualidad el tiempo que transcurre entre la menarquia y el primer embarazo es cada vez mayor, el tejido mamario se encuentra expuesto a anticonceptivos hormonales por tiempo prolongado, sin estar completo el desarrollo de este, lo que podría marcar un determinante a futuro en la incidencia de esta enfermedad (47–49).

Autoexploración de mama: El autoexamen de mama es un método de diagnóstico temprano del cáncer mamario, se realiza para comprobar la presencia de cambios ya que ayuda a familiarizarse con el aspecto habitual de los senos, y ante cualquier eventualidad, permitirá una intervención temprana. Se considera un instrumento para la prevención del cáncer (50–52).

Frecuencia del autoexamen: La frecuencia del autoexamen depende en cierta medida de factores como la edad, el estrato, el nivel educativo y la ubicación geográfica, ya que la periodicidad de la autoexploración se ve ligada en algunos casos al intelecto y a la decisión de la mujer hacia las acciones de autocuidado; a pesar de que un porcentaje considerable de las mujeres tienen algún grado de conocimiento sobre la técnica para la realización existen inconsistencias en la frecuencia, oportunidad y ejecución de las maniobras que contempla el examen: inspección y palpación (53–55).

4.2.6 Actitud frente autoexamen de mama

Consulta ante signos y síntomas: 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 (56–58).

Creencias y miedo frente al cáncer de mama: La participación y adherencia a la realización del autoexamen de mama depende sustancialmente de factores que favorecen la no realización de esta práctica 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 tiene una vida sexual muy activa. Por otro lado, algunas comunidades como las indígenas hacen énfasis en la importancia de la mama sólo en un enfoque maternal para el amamantamiento (60,61).

Red de apoyo: Un ejemplo que ilustra la dimensión subjetiva de esa evaluación se encuentra en la revisión sobre cómo el apoyo social ha sido evaluado en estudios brasileros. En este estudio se encuentra que el apoyo social normalmente es descrito como influyente en la salud física y mental, sea en la moderación de los impactos negativos o sobre los factores protectores y promotores de la salud, ayudando al enfrentamiento de las enfermedades, estrés, crisis o vulnerabilidad social (62–64).

Información del autoexamen de mama por el personal de salud: La información que recibe la población femenina acerca del conocimiento, técnica y frecuencia en la realización del autoexamen de mama es de vital importancia en la labor que desempeñan los profesionales de la salud en los primeros niveles de atención, la función del personal profesional no solo está en la información que se brinda sino en el seguimiento y supervisión que se brinda para el fortalecimiento de la técnica (65–67).

Alimentación: La alimentación no es la única causante de cáncer, pero hábitos inadecuados podrían favorecer el desarrollo de la enfermedad. El aumento de la grasa corporal genera mayor reacción inflamatoria, circulación de hormonas esteroideas exógenas y factores de crecimiento que favorecen la carcinogénesis.

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 (68–70).

Actividad física: El cáncer de mama es multifactorial lo que hace necesario el abordaje desde todas las áreas posibles para un la prevención diagnóstica y recuperación oportuna, 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. La actividad física actúa como

factor protector y determinante en la calidad de vida de los seres humanos (71–73).

4.3 Marco conceptual

Mama: En humanos, una de las regiones pareadas en la porción anterior del tórax. Las mamas consisten de las glándulas mamarias, la piel, los músculos, el tejido adiposo, y los tejidos conjuntivos.

Autocuidado: Actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud. Incluye cuidados consigo mismo, familia o amigos.

Autoexamen de mamas: Auto inspección de las mamas, generalmente en busca de signos de enfermedad, especialmente de enfermedad neoplásica.

Diagnóstico precoz del cáncer: Métodos para identificar y caracterizar el cáncer en las primeras etapas de la enfermedad y predecir el comportamiento del tumor.

Mamografía: Examen radiográfico de la mama.

Promoción de la salud: Estímulo al consumidor para perfeccionar el potencial de salud (física y psicosocial), a través de información, programas de prevención, y acceso a atención médica.

4.3.1 Palabras clave

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

4.4 Marco jurídico

Las normas relacionadas con las acciones de autocuidado y cáncer de mama para Colombia, entorno al estudio se relacionan en el siguiente normograma:

Norma	Año	Descripción
		Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de

Constitución Política de Colombia	1991	<p>carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.</p> <p>Artículo 49. La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</p> <p>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.</p>
Acuerdo 117	1998	<p>Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Se deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.</p>
Resolución 412	2000	<p>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 para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno).</p>
Resolución	2000	<p>Estableció la medición del cumplimiento de Protección</p>

3384		Específica y Detección Temprana, a través de metas por régimen de afiliación y del uso de matrices de programación e informes de ejecución.
Decreto 3518	2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA-, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.
Ley 1384	2010	Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública.
Resolución 4505	2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Resolución 1383	2013	Por la cual se adopta el plan decenal para el control de cáncer en Colombia 2012-2021.
Plan decenal de salud pública	2012-2021	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 2 "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 (sobrevivida) y una disminución en la mortalidad

		prematura por este tipo de cáncer en la mujer colombiana.
--	--	---

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal, con 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.

5.2 Población y muestra

La población y muestra la constituyeron 211 mujeres con mamografía positiva BIRADS 4, 5 Y 6; las pacientes se encontraban registradas en una base de datos de la IPS de donde se tomó la información para contactarlas.

5.3 Unidad de análisis

Cada una de las usuarias con reporte de mamografía positiva (BIRADS 4, 5 y 6) durante el periodo comprendido entre 2014 y 2016 que pertenezcan a la IPS Viva 1A.

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

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

5.4 Criterios de inclusión

Usuarias de la IPS Viva 1A, con mamografía positiva BIRADS 4, 5 Y 6, capaces de responder la encuesta, que acepten participar en la investigación, que firmen el consentimiento informado previo consentimiento de la institución.

5.5 Criterios de exclusión

Pacientes muertas, cambio de ciudad o de domicilio y cambio de IPS.

5.6 Variables

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. Ver Anexo D

5.7 Plan de análisis

5.7.1 Recolección de información

La recolección de información se realizó por medio de un instrumento tipo encuesta diseñado por las autoras del estudio basado en la encuesta “Autocuidado en mujeres en edad reproductiva relacionado a la detección oportuna de cáncer de mama” y el “cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama” de la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (74,75). Ver Anexo E

La información fue recolectada por las investigadoras, las cuales aplicaron el instrumento a cada una de las unidades de análisis.

5.7.2 Validez de los instrumentos

Para validar el instrumento se realizó inicialmente la prueba piloto en el 10% de la población, donde posterior a esta se realizó corrección de redacción de las preguntas y se ajustaron las opciones de respuestas; posteriormente se realizó una validez de contenido por tres expertos temáticos, quienes recomendaron hacer algunos ajustes de las variables frente a su forma de medición e incluir escala objetiva de funcionalidad (ECOG).

En el instrumento se utilizaron tres escalas Likert a las cuales se les midió consistencia interna con la prueba Alpha de Cronbach: 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), donde para la evaluación de autocuidado se pueden sacar 4 categorías que la explican:

Categoría 1: Disfrute y cuidado de sí mismo

Variables:

- Consumo de frutas y verduras.
- Frecuencia de realización de ejercicio físico.
- Dedicación de tiempo para el cuidado de sí misma.

- Dedicación de al menos 10 minutos en la mañana y en la tarde para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para descansar.

Categoría 2: “Hábitos de vida”

Variables:

- Número de horas dormidas realmente, sin contar el tiempo que se estuvo despierto.
- Consumo de licor
- Vasos de agua toma al día

Categoría 3: “Prácticas para la salud”

Variables:

- Uso de cigarrillo.
- Frecuencia de realización del examen de mama.

Categoría 4: “Capacidad para el mantenimiento de autonomía”

Variables:

- Escala ECOG (valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía).

5.7.3 Tabulación de los datos

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.

5.7.4 Pruebas estadísticas

El análisis de los datos se realizó con el software EPIINFO 7.2, y se realizó mediante un plan descriptivo, se aplicaron medidas de tendencia central, medidas de 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%.

5.7.5 Presentación de la información

Los resultados del proyecto se presentaron en cuadros para resumir la información.

5.7.6 Control de sesgos

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.

5.8 Compromiso ético

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, es estudio es clasificado riesgo bajo, ya que no se realizaron pruebas biológicas y psicológicas, ni modificaciones sociales en la población de este estudio.

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 se contó con el consentimiento institucional por ser una investigación académica. Anexo E

5.9 Compromiso medio ambiental

Este proyecto no puso en riesgo el medio ambiente ya que evaluó únicamente aspectos del comportamiento de las personas.

5.10 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.

5.11 Aspectos administrativos

5.11.1 Cronograma en tabla de Gantt

El proyecto de investigación se desarrolló de acuerdo al siguiente cronograma. Ver Anexo

5.11.2 Presupuesto

Ver Anexo

5.12 Difusión de los resultados

Los resultados de esta investigación se dieron a conocer por medio del trabajo para optar por el título de especialista en Epidemiología de las investigadoras, se socializarán en la IPS Viva 1 A - Manizales, para dar respuesta al compromiso adquirido cuando se solicitó el consentimiento institucional. Se expondrán en una socialización en la Fundación Universitaria del Área Andina el 18 de marzo de 2017 y se publicarán en la revista cubana de información en ciencias de la salud ISSN 2307-2113 para su publicación.

6. RESULTADOS

Se realizó una 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.

6.1 Análisis univariado

6.1.1 Variables sociodemográficas

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 tuvo una distribución normal (P valor: 0.24075).

Cuadro 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 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 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 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 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 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 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 mostró 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 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 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 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 pulcra 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 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.

6.1 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) .

Los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama en las mujeres se pueden analizar a través los determinantes de la salud de Marc Lalonde, los cuales se refieren a factores que predisponen la patología si no son bien manejados, entre estos se encuentran: la biología humana, que guarda gran relación con la herencia o antecedentes familiares; los estilos de vida, el medio y el de organización de la atención en salud que se analiza frente a la educación como factor importante dentro de la promoción de la salud (13).

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. La religión en ocasiones se puede comportar como barrera, ya que la técnica que se utiliza para el autoexamen podría implicar ir en contra de las costumbres conservadoras del culto que se profesa (14,15).

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 característica sociodemográficas, la práctica del auto examen 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 (16).

Por otro lado un estudio realizado en mujeres de Brasil para la identificación de las variables que afectan la frecuencia en la práctica mensual del autoexamen de seno, 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 (17).

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; para lo cual se puede retomar el artículo Gender, marital status and the social control of health behaviour, donde explica que un modelo teórico postula que el matrimonio puede ser beneficioso para la salud, porque los esposos influyen positivamente sobre los comportamientos de salud de su pareja, concluyendo con esto que las mujeres sin conyugues carecen de dicho apoyo y por lo tanto necesitan de la ayuda de otras personas para fortalecer las acciones de autocuidado (22-7).

El apoyo social normalmente es descrito como influyente en la salud física y mental, sea en la moderación de los impactos negativos o sobre los factores protectores y promotores de la salud, ayudando al enfrentamiento de las enfermedades, estrés, crisis o vulnerabilidad social (19–21).

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; presentándose de manera eventual en pacientes menores de 25 años, pero con 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, al conocer la caracterización epidemiológica de la población femenina y tratar de controlar dichos factores (22).

La menarquia precoz constituye un factor de riesgo no modificable que aumenta el tiempo de exposición a hormonas a lo largo de la vida y por lo tanto incrementa el riesgo de presentar la enfermedad (23–25). En el mismo sentido la menopausia tardía es considerada un factor de riesgo para cáncer de mama por la duración prolongada del ciclo iatrogénico que favorece el desarrollo de cáncer de mama (26–28).

El uso de anticonceptivos hormonales ha demostrado que aumenta el riesgo de

presentar cáncer de mama ya que el tejido mamario se encuentra expuesto a altos contenidos de hormonas por periodos prolongados, siendo mayor el riesgo para las mujeres que iniciaron el uso de anticonceptivos a temprana edad (40).

Múltiples estudios demuestran que transcurridos al menos 10 años después de dejar de usar los anticonceptivos hormonales, el riesgo de presentar cáncer de mama es igual al de las mujeres que jamás han usado anticonceptivos hormonales, pero sigue siendo más alto en las mujeres que habían empezado a usarlos en la adolescencia (30,31).

Tener un familiar con diagnóstico de cáncer de mama puede aumentar hasta tres veces el riesgo de padecer este tipo de cáncer, las mutaciones en los genes que predisponen a esta enfermedad son raras y solo son uno de los factores que contribuye a desarrollarla. 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 (32–34).

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 con o sin receptores hormonales (46).

Las mamas que nunca pasaron por el proceso de diferenciación que favorece la lactancia presentan mayor cantidad de células epiteliales que son las más susceptibles de presentar cambios malignos, en la actualidad el tiempo que transcurre entre la menarquia y el primer embarazo es cada vez mayor, el tejido mamario se encuentra expuesto a anticonceptivos hormonales por tiempo prolongado, sin estar completo el desarrollo de este, lo que podría marcar un determinante a futuro en la incidencia de esta enfermedad (36–38).

El autoexamen de mama es un método de diagnóstico temprano del cáncer mamario, se realiza para comprobar la presencia de cambios ya que ayuda a familiarizarse con el aspecto habitual de los senos, y ante cualquier eventualidad, permitirá una intervención temprana. (39–41).

La mamografía y la ecografía mamaria son más específicas para la detección del cáncer mamario, pero hay que vencer barreras para acceder a ellas. 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 (42,43).

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 (43).

Las mujeres a través de las actividades y cuidados pueden lograr la prevención del cáncer de mama y entre estos se encuentra: tener buena percepción de la importancia del consumo de alimentos saludables tales como las frutas y verduras y el mantenimiento de un horario fijo de comidas, realizar ejercicio físico, propiciar entornos que generen tranquilidad, confianza y seguridad en situaciones que generen estrés, tener un buen mecanismo de adaptación a los cambios llevando una vida cotidiana tranquila, placentera, ofrecer la lactancia materna a sus hijos y conocer la técnica del autoexamen de mama; por otro lado es importante dentro del proceso de autocuidado conocer los factores riesgo que pueden estimular la aparición de cáncer de mama, con el fin de evitarlos y disminuir el riesgo como lo es el consumo frecuente de grasas, el consumo de licor, uso del cigarrillo y el estrés.

Conocerse y desarrollar hábitos de autocuidado permanentes invitan a la busca de ayuda de los servicios de salud oportunamente y aunque no existan estudios que demuestren que el autoexamen de mama disminuya la mortalidad por cáncer de mama si se cuenta con teorías que ratifican las bondades en el tratamiento de pacientes diagnosticadas precozmente dado que aumenta el porcentaje de supervivencia (42).

Para este estudio el ejercicio físico y la alimentación no mostraron mayor relevancia en los resultados, pero es importante destacar que, aunque por si solos no se comportan como factores de riesgo o protectores, si influyen en conjunto con otros factores como un determinante para el desarrollo de la enfermedad.

El aumento de la grasa corporal genera mayor reacción inflamatoria, circulación de hormonas esteroideas exógenas y factores de crecimiento que favorecen la carcinogénesis. 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 (44–46).

El cáncer de mama es multifactorial lo que hace necesario el abordaje desde todas las áreas posibles para un la prevención diagnóstica y recuperación oportuna, 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. La actividad física actúa como factor protector y determinante en la calidad de vida de los seres humanos (47–49).

Para Hewitt las barreras son todas las condiciones psicológicas y sociales que

impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud a las mujeres con Cáncer de mama. En el proceso de autocuidado en esta población es importante estudiar las auto barreras que les impiden adoptar buenos hábitos que favorezcan una detección precoz y tratamiento oportuno; estas se pueden describir como el temor a los ámbitos y tratamientos médicos, el retraso de consulta por compromisos laborales y familiares, al igual que las experiencias terapéuticas negativas, que se relacionan con creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales las cuales se comportan como obstáculos más determinantes que las barreras de acceso físico o financieras (8).

Un estudio sobre auto barreras 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 donde el conocimiento sobre el cáncer de mama, signos, síntomas y tratamiento se asoció positivamente con la práctica del autoexamen (50). 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 (43).

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 y por esa razón se hace necesario estructurar estrategias de capacitación y motivación a los agentes de salud para inducir en las usuarias, una práctica constante y adecuada del autoexamen de mama encaminada hacia la detección temprana (51).

El diagnóstico y tratamiento precoz es la mejor defensa contra la morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama; permitiendo tener una mejor calidad de vida y una mayor supervivencia (16).

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 (43).

Un estudio implemento intervención educativa por parte de los profesionales en el área de la salud, logrando modificar positivamente el conocimiento de las usuaria de estudio (52).

La información y educación de manera preventiva a la población a cerca del autoexamen de mama, el conocimiento de la técnica y la frecuencia en la realización es de vital importancia, ya que podría generar conciencia sobre la enfermedad y motivar a la población a la realización adecuada de la técnica del autoexamen mamario, 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 (53–55).

Se han realizado numerosos estudios con el fin de identificar los factores asociados a la alta incidencia del cáncer de mama; estudios con el fin de identificar las características asociadas con la prevalencia y la realización correcta de la autoexploración manual de mama, el examen clínico y la mamografía para la detección temprana de cáncer mamario, refieren que el principal motivo para no realizar la autoexploración mamaria fue el desconocimiento de la técnica, lo que concuerda con los resultados del presente estudio donde la mayor parte de las usuarias no se realizaban el autoexamen de mama (56–59).

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 (43).

En la clínica de Kuala Lumpur en el servicio de radioterapia y oncología se desarrolló un estudio en pacientes con cáncer de mama primario con autodescubrimiento de los síntomas, donde los datos arrojaron 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 oscilo en 5 años, la prevalencia de retraso en la presentación fue del 33,1% (16).

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 (54,60,61).

La participación y adherencia a la realización del autoexamen de mama depende sustancialmente de factores como lo son el miedo a un resultado positivo (62).

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 tiene 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 (63,64).

7. CONCLUSIONES

Las investigadoras teniendo en cuenta los resultados concluyen que:

- El conocimiento y la capacidad de autocuidado frente a la prevención del cáncer de mama en la población objeto de estudio es regular, siendo esto un obstáculo para el diagnóstico precoz del cáncer de mama.
- Las mujeres estudiadas tienen una práctica inadecuada sobre la técnica para la exploración mamaria, dificultando la detección de signos de alerta.
- La actitud de las mujeres frente el autoexamen de seno como acción de autocuidado es buena, facilitando los canales de comunicación para la información y educación sobre prácticas de autocuidado frente a la prevención del cáncer de mama.
- El examen clínico de mama, tiene una mínima frecuencia en la detección del cáncer de mama; por lo cual es importante mejorar la técnica de este por parte del personal de salud y su realización en las diferentes consultas.

8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de salud fortalecer los conocimientos en el tema para brindar educación de calidad que permita a la población empoderarse del cuidado de su salud.
- Se sugiere a los médicos implementar y mejorar la técnica para la realización del examen clínico de mama, según la periodicidad indicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sardiñas Ponce R. Autoexamen 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
2. 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>
3. López Carrillo L, Torres Sánchez L, Blanco Muñoz J, Hernández Ramírez R, Marie Knaul F. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2014;56(5). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500021
4. Gálvez 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.
5. 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
6. 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>
7. García 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>
8. 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>

9. 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>
10. 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
11. 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.
12. Ospina Díaz J, Manrique Abril F., Veja N., Morales Pacheco A., Ariza R. La no realización del autoexamen 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
13. Virella Trujillo ME, Salazar Matos Y, Chávez Roque M, Viñas Sifontes LN, Peña Fuente N. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. *Rev Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2010;14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100003
14. Manrique Abril FG, Ospina Díaz 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>
15. Arrospide A, Soto Gordo M, Acaiturri T, López G, Abecia LC, Nar J. Coste del tratamiento del cáncer de mama por estadio clínico en el país Vasco. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2015; 1:93–7. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v89n1/10_breve2.pdf
16. 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>
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 Pública Mex* [Internet]. 2014;56(5):473–91. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n5/v56n5a15.pdf>
18. 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]. 2016;29(1):13–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158215001188>
 19. 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
 20. Hernández D, Borges R, Márquez G, Betancourt L. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2010;2222(11):16–31. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v22n1/art03.pdf>
 21. Ospina Martínez ML, Martínez Durán ME, Pacheco García 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
 22. OPS. Cáncer de mama en las Américas [Internet]. 2012. p. 2. Available from: http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17926&Itemid=
 23. 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.
 24. Haro Rodríguez MA, Gallardo Vidal LS, Martínez Martínez ML, Camacho Calderón N, Velázquez Tlapanco J, Paredes Hernández E. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología* [Internet]. 2014;11(1):87–99. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44919/42835>
 25. González M. P. Estudio por imágenes en pacientes con alto riesgo de cáncer mamario. *Rev c* [Internet]. 2008;14(7):144–50. Available from:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v14n3/art07.pdf>

26. Horvath E, Cuitiño O. MJ, Pinochet T. MA, Sanhueza S. P. Doppler color en el estudio de la mama: ¿Cómo lo hacemos nosotros? Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2011;17(1):19–27. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v17n1/art05.pdf>
27. Verdugo P. MA. Ultrasonido en el estudio de tumores de partes blandas. Rev Chil Radiol [Internet]. 2009; 15:5–18. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v15n1/art03.pdf>
28. Ortega D, Taborga M, Osses D, Cl H. Mamografía digital: el desafío del presente. Rev Chil Radiol. 2004;10(2):35–7.
29. Tpn L, Quir H, Infecci R. Diagnóstico por imágenes del cancer de mama [Internet]. Clases de Residentes. 2015. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_diagnostico_imagen_cancer_mama.pdf
30. Aviño J, Blanes J, Blanes A, Musoles FB, Pinotti J. Correlación Entre La Mamografía Y La Ecografía En El Cáncer De Mama [Internet]. Vol. 31, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015. p. 56–9. Available from: <http://108.163.168.203/web/revista/index.php/RPGO/article/view/618>
31. Aibar L, Santalla A, López Criado MS, González Pérez I, Calderón MA, Gallo JL, et al. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2011;38(4):141–9. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-clasificacion-radiologica-manejo-las-lesiones-S0210573X10001231?redirectNew=true>
32. Ricci P, Cruz A, Rodríguez M, Sepúlveda H, Galleguillos I, Rojas F, et al. Micro calcificaciones BIRADS 4: experiencia de 12 años. REV CHIL Obs GINECOL [Internet]. 2006;71(716):388–93. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n6/art04.pdf>
33. Balleyguier C, Ayadi S, Van Nguyen K, Vanel D, Dromain C, Sigal R. BIRADS classification in mammography. Eur J Radiol [Internet]. 2007;61(2):192–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0720048X0600475X>
34. Valdés Gómez W, Espinosa Reyes T, Leiva Álvarez 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>
35. 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>

36. Torres Mejía G, Ángeles Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2009;51(1):165–71. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a06.pdf>
37. 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>
38. 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
39. 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.
40. 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
41. National Cancer Institute. Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer [Internet]. 2005. Available from: http://cis.nci.nih.gov/fact/8_12.htm
42. Comino R. Anticonceptivos orales y cáncer de mama. *Progresos Obstet y Ginecol*. :477–86.
43. Hernández D, Borges R, Márquez 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>
44. OMS. OMS | Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. 2009. p. 3. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>
45. 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

46. Ortega Altamirano D, López Carrillo L, López Cervantes M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2000;42(1):17–25. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2395.pdf>
47. 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>
48. 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>
49. 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>
50. Bernal Vélez B, Barrientos Alfaro E, Pérez Julio CE. Práctica adecuada de autoexamen de mama en mujeres de una localidad de Cartagena. 2015 [Internet]. Universidad de Cartagena; 2015. Available from: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2644>
51. Seas AM, Montero Gómez A, Galán Rodas E. Conocimientos y prácticas sobre autoexamen de mama en personal femenino de Sports Bar Hooters y Hooligans Costa Rica, 2015. *Rev Hispanoam Ciencias la Salud* [Internet]. 2016;2(1):46–51. Available from: <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/126/80>
52. Castillo LM, Yepes Salazar MI. Factores que intervienen en la realización del autoexamen de mama en la comunidad femenina de estudiantes de primer semestre de medicina humana de la UDCA campus norte calle 222 del periodo 2015-2 [Internet]. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES; 2015. Available from: http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/451/1/Factores_que_intervienen_Castillo_Yepes.pdf
53. 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/>

54. 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>
55. Castro Abreu I, Rizo Montero Y. Nivel de conocimiento de la población femenina del consultorio 6 sobre el autoexamen 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
56. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OF, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2011;53(6). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000600003&script=sci_arttext
57. López 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. Hernández Moreno F, Landero Hernández 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 tamizaje mamográfico del 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. Martínez Basurto AE, Lozano Arrazola A, Rodríguez Velázquez AL, Galindo Vázquez 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
62. Schneider Hermel J, Pizzinato A, Calderón Uribe M. Mujeres con cáncer de

- mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Rev Psicol.* 2015;33(2).
63. 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>
 64. Hernández 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>
 65. Hernández Saez I, Gonzalez Saez Y, Heredia Benitez LY, Heredia Cardoso AA, Conde Martín M, Aguilar Oliva S. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. *Rev Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2011; 15:487–503. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300007
 66. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreolam Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2009;51(3): s335–44. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a26.pdf>
 67. Herrera Torres A, García Rodríguez FM, Gil García R. Frecuencia de cáncer en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Implications for the development of early detection methods. *Cir* [Internet]. 2014; 82:28–37. Available from: pdf
 68. Torres Sánchez L, Galván Portillo M, Lewis S, Gómez Dantés H, López Carrillo L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2009;51(1): s181–90. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800008&lang=pt
 69. Robles Agudo F, Sanz Segovia F, López Arrieta J., Beltrán de la Ascensión M. Alimentación y cáncer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2005;40(3):184–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X05748514>
 70. 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>
 71. 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>

72. Fernández Ortega JA, De Paz Fernández JA, De Paz Fernández A. 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>
73. 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.
74. Mayra Elisa BO. Autocuidado en mujeres en edad reproductiva relacionado a la detección oportuna de cáncer de mama. Vol. 1. Universidad Autónoma de Querétaro; 2014.
75. Tobergte DR, Curtis S. Autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama [Internet]. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling*. Universidad Autónoma de Querétano; 2013. Available from: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/604/1/RI000090.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía de Manizales. ¿El cáncer de mama es un problema de salud pública? [Internet]. Boletín número 1. Manizales; 2013. Available from: <http://manizalessalud.com/wp-content/uploads/2014/10/BOLETIN-INFORMATIVO-1-SEMANA-PREVENCION-CANCER.pdf>

American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de seno ¿Qué es el cáncer de seno? [Internet]. 2015. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>

Benia DW, Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. Artículo [Internet]. 2000; 16:11. Available from: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2000v2/art2>

Bernal Vélez B, Barrientos Alfaro E, Pérez Julio CE. Práctica adecuada de autoexamen de mama en mujeres de una localidad de Cartagena 2015 [Internet]. Universidad de Cartagena; 2015. Available from: http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2644/1/PR%C3%81CTICA_ADECUADA_DE_AUTOEXAMEN_DE_MAMA_EN_MUJERES_DE_UNA_LOCALIDAD_DE_CARTAGENA.2015.pdf

Betanco Juárez U. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres de 20-54 años que acuden al centro de salud “María del Carmen Salmerón,” Chinandega, 2009. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2009.

Betancur P CL. Normas De Vancouver: Guía Breve Cómo Citar Y Elaborar Referencias Bibliográficas Según Las Normas De Vancouver [Internet]. Pereira; 2016. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

Boletín epidemiológico semanal semana epidemiológica número 28 de 2016 [Internet]. 2016. Available from: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/BoletnEpidemiologico/2016Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2028.pdf>

Brasales Amores V. Barreras para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años atendidas en el hospital julio Enrique paredes en el período 2011- 2013 [Internet]. Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Terapia Física; 2014. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8480>

Campos Arenas A. Mapas Conceptuales, Mapas Mentales. Magisterio C editorial, editor. Bogotá; 2005. 23-83 p.

Charry LC, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2008;10(4):571–82. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-65449159083&partnerID=tZOtx3y1>

Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2010;138(5):551–7. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>

Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos [Internet]. Tribunal Internacional de Núremberg 1947 p. 1. Available from: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf

Constitución Política de Colombia [Internet]. Derechos 1991 p. 8–9. Available from: [http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm](http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso_Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm)

Coppola F, Nader J, Aguirre R. Metabolismo de los estrógenos endógenos y cáncer de mama. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2005; 21:15–22. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v21n1/v21n1a03.pdf>

El Congreso de Colombia. Ley 1384 de 2010 [Internet]. Colombia; Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>

Frenk J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. Salud Pública Mex [Internet]. 2009; 51:135–7. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a01.pdf>

Gonzalez Morales R, Pollán Pérez A. Morbilidad del cáncer de mama en la mujer. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 1999;15(1):247–52. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi05399.pdf>

Heredia MA, Bautista-Samperio L, Pérez RTA. Correlación de factores de riesgo y hallazgos clínicos para cáncer mamario en pre y posmenopáusicas. Rev la Fac Med la UNAM [Internet]. 2007;50(3):110–4. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=25415185&lang=es&site=ehost-live>

Hernández G, Herrán S, Cantor LF. Análisis de las tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Colombia y Bogotá, 1981-2000. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2007;11(1):32–9. Available from: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2007 Vol 11\(1\)/rccv11n1a05.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2007_Vol_11(1)/rccv11n1a05.pdf)

Instituto Nacional de Cancerología. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, seguimiento y rehabilitación del cáncer de Mama. 2013.

Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. Salud Pública Mex [Internet]. 2009;51(3): s335–44. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a26.pdf>

La Patria. Caldas, por encima de la tasa nacional de cáncer de mama. 2015 Oct; Available from: <http://www.lapatria.com/caldas/caldas-por-encima-de-la-tasa-nacional-de-cancer-de-mama-226593>

López Guarnizo G, Arias Ortiz N, Arboleda Ruis W. Cancer inside and mortality in Manizales 2003-2007. Colomb Med [Internet]. 2012;43(4):281–9. Available from: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1197/2263>

Maglione C, Varlotta N. Investigación, gestión y búsqueda de información en Internet. 2012.

Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. sexta edic. Elsevier; Available from: <https://books.google.com.co/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Martínez Montañez O, Uribe Zúñiga P, Hernández Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud Pública Mex [Internet]. 2009;51(1):350–60. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a28.pdf>

Martire AL. Progestágenos y cáncer de mama. Rev Hos Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 2014;33(3):124–7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91238563003>

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%C3%B3n.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social 2000 p. 1–6. Available from: <http://www.convergenciacoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion412.pdf>

Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno. Colombia; 2012 p. 4–7.

Natal C, Fernández Somoano A, Torá Rocamora I, Tardón A, Castells X. Variaciones en el proceso de confirmación diagnóstica entre unidades de cribado poblacional de cáncer de mama. *Gac Sanit* [Internet]. 2016;30(4):265–71. Available from:

<http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piitem=S0213911116300334&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoItem=S300&idiomaltem=es>

Ortiz Rodríguez SP, Torres Mejía G, Mainero Ratchelous F, Ángeles Llerenas A, López Caudana AE. Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2008;50(2):126–35. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200006

Páez MB, Luciano C, Gutiérrez O. Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicosociología* [Internet]. 2008;4(1):75–95. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120075A>

Palacio Mejía LS, Lazcano Ponce E, Allen Leigh B, Hernández M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2009;51. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a11.pdf>

Peralta Musre O. Cáncer de Mama. *Epidemiología y Factores de Riesgo. Cuad Méd Soc* [Internet]. 2007;47(1):18–30. Available from: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2007/47/1/47_1_4.pdf

Quintela Fadiño MÁ. Impacto Pronóstico De Las Células Tumorales Residuales Aisladas En Sangre Periférica En Cáncer De Mama De Alto Riesgo Memoria [Internet]. *Medicina (Ribeirão Preto)*. Universidad Complutense de Madrid; 2005. Available from: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t28663.pdf>

Ramírez J, Duniert R. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. *Medisan* [Internet]. 2012;16(7):1025–32. Available from:

<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n7/san02712.pdf>

República de Colombia. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. República 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=/normatividad/_layouts/mobile/dispsform.aspx?List=cd8e9ace-a894-4549-881d-eb05c834961c&View=d96f3ca8-3243-4dac-a961-f37859855b5b&ID=18&Cu

Rincón Osorio EM. Evaluación del desempeño de servicios ambulatorios de prevención de cáncer de mama, estudio de caso. Vol. 53. Universidad Simón Bolívar; 2003.

Rodríguez A, Rodríguez A, Hernández K, Cueto V, Flores F. Concordancia clínica, mamográfica y anatomopatológica en el cancer mamario. MEDISAN [Internet]. 2011;15(7):901–8. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n7/san04711.pdf>

Rojas May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2006;17(4):194–7. Available from: http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDFrevista_m%C3%A9dica/2006/4 oct/IntervencionPsicologicap_194--14.pdf

Salazar E, Suárez López L, Ángeles Llerenas A, Torres Mejía G, Lazcano Ponce E. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. Salud Pública Mex [Internet]. 2011;53(5):385–93. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000500006

Sanabria A, Romero J. La mamografía como método de tamizaje para el cáncer de seno en Colombia. Rev Colomb Cir [Internet]. 2005;20(3):158–65. Available from: <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20305-mamografia.htm>

Saunders S. Breast pain in the lactating mother. Hong Kong Med J [Internet]. 2016;22. Available from: <http://www.hkmj.org/system/files/hkmj154762.pdf>

Scarano ER. Manual de redacción de escritos de investigación. Macchi. Buenos Aires; 2004. 96-101 p.

Secondi V, Flores L, Fay P, Almanza S, Zottig M. Terapia De Reemplazo Hormonal Y Mamografía. Revision Bibliográfica. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 2001;20(1):3–6. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91220102>

Serra I, Martínez R, Mímica X, Cavada G, Aguayo C. Cáncer de mama en Chile: Un aporte clínico y epidemiológico según un registro poblacional metropolitano: 1.485 pacientes. *Rev Chil cirugía* [Internet]. 2009;61(6):507–14. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v61n6/art03.pdf>

Tetteh D, Faulkner S. Sociocultural factors and breast cancer in sub-Saharan Africa: implications for diagnosis and management. *Women's Heal* [Internet]. 2016;12(1):147–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26757491>

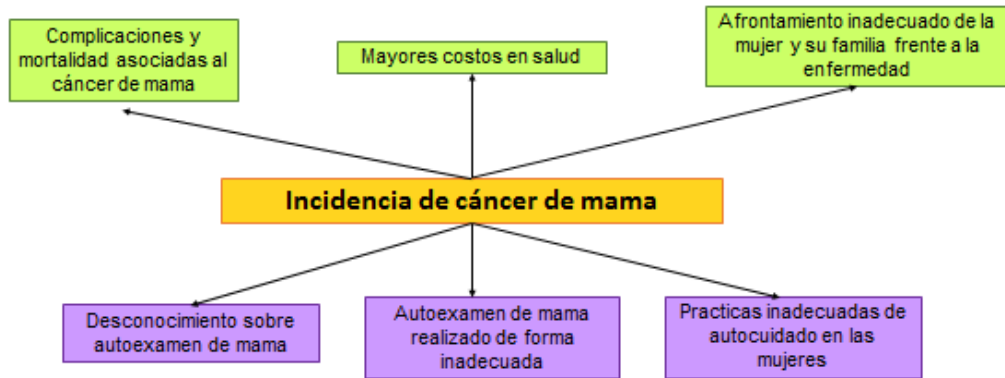
Tonani M, Campos de Carvalho E. Riesgo de cáncer y comportamientos preventivos: la persuasión como una estrategia de intervención. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008;16(5):864–70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_11.pdf

Villacrés Vela K, Alarcón E. Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en Mujeres de Sullana. *Rev Med Hered* [Internet]. 2002;13(4):131–4. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n4/v13n4ao2.pdf>

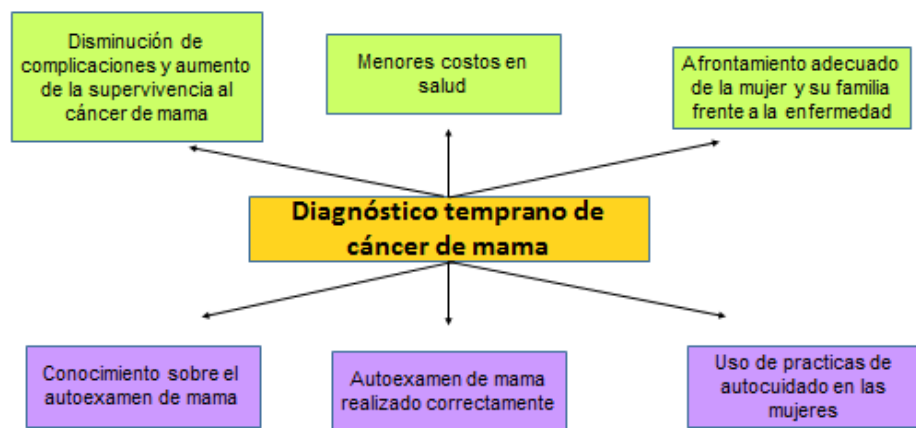
Yépez Ramírez D, De la Rosa AG, Guerrero Albarrán C, Gómez Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Social* [Internet]. 2012;20(2):79–84. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122d.pdf>

ANEXOS

ANEXO A: Árbol de problemas



ANEXO B: Árbol de soluciones



ANEXO C: Matriz de objetivos

Objetivos	Conceptos	Definición	Variables	Definición	Indicadores
<p>Caracterizar socio demográficamente a las usuarias del estudio.</p>	<p>Características Sociodemográfico</p>	<p>Aspectos relacionados con las condiciones de vida de las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, como edad, genero, entre otros, y con el hogar, como características de la vivienda, nivel de ingresos, entre otros.</p>	<p>Edad</p>	<p>Diferencia entre la fecha actual y la fecha de nacimiento de la paciente con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6</p>	<p>Edad media de las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 y desviación estándar.</p>
			<p>Estado Civil</p>	<p>Condición legal, calidad a la que está sujeta la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 de una persona por razones civiles, económicas o religiosas; puede ser: Soltera, Casada, Divorciada, Viuda, Unión Libre.</p>	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según estado civil: Casada, Soltera, Unión libre, Divorciada, Viuda. (Tablas de contingencia). Razón de mujeres solteras con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.</p>

			Escolaridad	Grado de escolaridad más alto al cual ha llegado la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 de acuerdo con los niveles del sistema educativo formal: Analfabeta, Básica primaria completa o incompleta, Secundaria completa o incompleta, Educación media completa o incompleta, Carrera técnica completa, Universitaria completa, Posgrado completo	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según nivel educativo (tablas de contingencia).
			Ocupación	Actividad o trabajo que realiza la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, para el sustento económico propio y el de su familia, puede ser: Desempleada, Empleada, Estudiante, Ama de	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según ocupación. (Tablas de contingencia).

				<p>casa, Pensionada, Otro.</p>	
			Religión	<p>Creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 considera divino o sagrado. Podría ser: católico, Testigo de Jehová, cristiana, otro, Ninguna.</p>	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según religión que practica. (Tablas de contingencia).</p>
			Dependencia económica	<p>Factores que describen a la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 en su mundo de existencia en relación con la disponibilidad y adecuación de los recursos. Puede ser: Independiente, Padres, Esposo, Hijos, Otros.</p>	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según dependencia económica.</p>

			Estrato socioeconómico	<p>La estratificación socio-económica es la clasificación de los inmuebles residenciales. Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios son 6, denominados así: Uno, Dos, Tres, Cuatro, Cinco y Seis</p>	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según estrato socioeconómico (Tablas de contingencia).</p>
Distribuir las usuarias del estudio según clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	Métodos de Detección de signos para cáncer de mama	Método mediante el cual se da conocimiento de los primeros signos y síntomas para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente	Autoexamen de mama	Chequeo físico que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 se realiza para buscar cambios o problemas en el tejido mamario.	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según método por el cual se detectó por primera vez signo de cáncer de mama. (Tablas de contingencia).</p>
			Ecografía	Ecografía de mamas o ecografía de senos es un estudio que usa ondas sonoras que los humanos no pueden oír para examinar las mamas, detecta nódulos mamaros en la mujer	

		asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer, como en el caso de las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 del estudio.		con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.
			Mamografía	Técnica de radiología basada en los distintos grados de absorción de los rayos X por los diferentes componentes en los tejidos blandos de la mama. La mamografía constituye el método más confiable y de mayor precisión para la detección temprana del cáncer de seno en la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.
			Examen realizado por personal de salud	Examen físico de la mama realizada por un proveedor de atención de la salud para verificar la presencia de nódulos u otros cambios.

				También se llama examen clínico de mama.	
Nombrar las prácticas de autocuidado frente a la prevención del cáncer de mama que tienen las usuarias con mamografía positiva.	Antecedentes gineco-obstétricos	Los antecedentes gineco-obstétricos se refieren a la aparición de características sexuales secundarios, uso de terapias hormonales e información sobre factores relacionados a la maternidad en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.	Menarquia	Edad del primer sangrado menstrual en el ciclo natural de la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	<p>Edad media y desviación estándar de menarquia en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.</p> <p>Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según rangos de edad de menarquia. (Tablas de contingencia).</p>

			Menopausia	<p>Edad en que se presentó el primer sangrado correspondiente a la última menstruación de la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6</p>	<p>Edad media y desviación estándar de menopausia en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.</p> <p>Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según rangos de edad de menopausia. (Tablas de contingencia).</p>
			Uso de anticonceptivos hormonales	<p>La utilización por parte de las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 de los diferentes métodos anticonceptivos hormonales para evitar un embarazo</p>	<p>Razón de uso de anticonceptivos hormonales en mujeres de estudio.</p> <p>Proporción de uso y no uso de anticonceptivos hormonales en mujeres del estudio.</p>

			<p>Tiempo de uso de anticonceptivos</p>	<p>Periodo de tiempo en el que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 utilizo los anticonceptivos</p>	<p>Media y desviación estándar del tiempo de uso de anticonceptivos en mujeres del estudio.</p> <p>Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según rangos de tiempo de uso de los anticonceptivos (Tablas de contingencia).</p>
			<p>Terapia de reposición estrogénica</p>	<p>Tratamiento con sustitución hormonal por medios químicos que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 ha tenido.</p>	<p>Razón de uso de terapia de reposición estrogénica en mujeres del estudio.</p> <p>Proporción de uso y no uso de terapia estrogénica en mujeres del estudio.</p>

			<p>Antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama</p>	<p>Factores condicionantes, características específicas en la familia (Genes, Hábitos, Estilo de vida) que puso en riesgo de padecer cáncer de mama a la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6</p>	<p>Proporción de mujeres del estudio con antecedentes heredofamiliares.</p>
			<p>Número de hijos</p>	<p>Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 hasta el momento en que registra su último hijo.</p>	<p>Media y desviación estándar de número de hijos en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.</p> <p>Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según número de hijos.</p>
			<p>Lactancia materna</p>	<p>Alimentación con leche del seno materno. Referencia de alimentación a los hijos de las mujeres</p>	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 que han lactado.</p>

			con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 en un tiempo de seis meses.	
		Tiempo promedio de lactancia materna	Numero de meses acumulado de lactancia, dividido número de hijos que tiene la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	Media y desviación estándar de tiempo de lactancia materna en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6. Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según tiempo de lactancia (Tabla de contingencia).
Capacidad de autocuidado	Habilidad de autocuidado frente al conocimiento y características que se consideran factores condicionantes básicos enfocados a los riesgos de desarrollar cáncer de mama en las	Alimentos nutritivos de acuerdo a requerimientos nutricionales	Son sustancias nutritivas, sólidas o líquidas, que sirven para cumplir las funciones vitales de los seres vivos. Son alimentos que tienen aportes afectivos que necesitan las personas para vivir plenamente su vida y	Proporción de mujeres del estudio según frecuencia de consumo de alimentos saludables.

		usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6		las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 consumen.	
			Capacidad de valerse por sí mismo	Aptitud que permite que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 se desenvuelva sin ayuda de otra persona.	Proporción de mujeres del estudio que tienen la capacidad de valerse por sí misma.
			Ejercicio Físico	Se conoce como ejercicio físico a la realización de movimientos corporales planificados, repetitivos y en ocasiones supervisados por un instructor, con el objetivo de que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 este en forma física y pueda gozar de una salud sana; incluye el baile,	Proporción de mujeres del estudio según frecuencia de capacidad para valerse por sí misma. Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según práctica de ejercicio físico (Tabla de contingencia)

				deporte, gimnasia, educación física, entre otros.	
			Tiempo para el cuidado propio	Tiempo diario que la persona dedica al cuidado de sí mismo	<p>Proporción de mujeres en el estudio según frecuencia de dedicación de tiempo para el cuidado de sí mismo.</p> <p>Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según frecuencia de dedicación de tiempo para el cuidado propio (Tabla de contingencia).</p>

			Descanso	<p>Tiempo durante el que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 interrumpe o pone en pausa el trabajo u otra actividad para reponerse del cansancio.</p>	<p>Proporción de mujeres en el estudio según frecuencia de tiempo que dedica para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para reponerse del cansancio.</p> <p>Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según tiempo para descansar del trabajo u otra actividad (Tabla de contingencia).</p>
			Horas de sueño	<p>Número de horas que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 que dedica para poner en reposo todo su cuerpo.</p>	<p>Proporción de frecuencia que la usuaria con BIRADS 4, 5 Y 6 dedica entre 6 y 8 horas para dormir</p> <p>Proporción de mujeres con clasificación</p>

				BIRADS 4, 5 Y 6 según dedicación entre 6 y 8 horas para dormir (Tabla de contingencia).
			Consumo de licor	Autoadministración que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 hace de una bebida alcohólica Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según consumo de licor (Tabla de contingencia).
			Consumo de drogas	Autoadministración de una sustancia psicoactiva por parte de la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según consumo de drogas (Tabla de contingencia).
			Uso de cigarrillo	Aspiración o inhalación de una planta seca (popularmente tabaco) picada envuelto por una hoja Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según uso de cigarrillo (Tabla de

			delgada de papel en forma de cilindro, con o sin filtro que hace la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.	contingencia).
		Toma de agua	Ingesta de sustancia líquida incolora, inodoro e insípida que hace la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según frecuencia de toma de agua en el día (Tabla de contingencia).
		Frecuencia autoexamen de mama	Número de veces que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 hace el autoexamen de mama en el transcurso de un mes.	Proporción de frecuencia con que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 se hacen el autoexamen de mama mensual

			Capacidad de autocuidado	<p>Escala Likert para evaluar la capacidad de autocuidado frente al conocimiento y características que se consideran factores condicionantes básicos enfocados a los riesgos de desarrollar cáncer de mama</p> <p>Escala:</p> <p>1. 22 o menos puntos: conocimiento malo.</p> <p>0. 23 o más puntos: Conocimiento bueno.</p>	<p>Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 con conocimiento malo, regular o bueno sobre características que se consideran factores condicionantes básicos enfocados a los riesgos de desarrollar cáncer de mama</p>
Autoexploración mamaria derecha e izquierda	Es el control realizado por la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 en la mama derecha e izquierda para examinarse física y	Observación de los senos	Acción de mirar con recato los senos para detectar alguna anomalía en ellos por parte de la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	Proporción de frecuencia de observación de los senos en el autoexamen de mama en las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	

		visualmente con el objetivo de detectar cambios en las mamas o axilas.	Autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie	Habilidad para observar y tocar las mamas en posición bípeda con el fin de detectar alguna anomalía por parte de la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie.
			Autoexamen de mama derecha e izquierda en posición acostada	Habilidad para observar y tocar las mamas en posición decúbito con el fin de detectar alguna anomalía.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de acostada.
			Autoexamen de mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada	Habilidad para observar y tocar las mamas con miembro superior en extensión con el fin de detectar alguna anomalía en tejidos profundos de la mama por parte de la mujer con	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda con

			clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada
		Autoexamen de mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada	Habilidad para observar y tocar las mamas con miembro superior en semiextensión con el fin de detectar alguna anomalía en tejidos semi profundos de la mama.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada
		Autoexamen de mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada	Habilidad para observar y tocar las mamas con miembro superior en una posición de relajación con el fin de detectar alguna anomalía en tejidos superficiales de la mama por parte de la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada

			<p>Exploración de mama derecha e izquierda siguiendo manecillas del reloj</p>	<p>Palpación de toda el área del seno siguiendo la dirección que llevan las manecillas del reloj.</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda siguiendo manecillas del reloj</p>
			<p>Examen del pezón de mama derecha e izquierda</p>	<p>Palpación del pezón en busca de anomalías o salida de fluido que no sea leche materna en periodo de amamantamiento por parte de la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan examen del pezón de mama derecha e izquierda</p>
			<p>Exploración mamaria</p>	<p>Escala Likert para evaluar el conocimiento de la autoexploración mamaria. Escala: 1 (Nunca), 2 (A veces), 3 (Frecuentemente), 4 (Siempre). 1. 16 o menos</p>	<p>Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 con conocimiento malo, regular o bueno sobre autoexploración mamaria.</p>

			puntos: conocimiento malo. 0. 17 o más puntos: Conocimiento bueno.	
Actitud frente autoexamen de mama	Comportamiento que emplea las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 para hacerse el autoexamen de mamas. Es su forma de ser o el comportamiento de actuar frente a su autocuidado.	Observación de limpieza en la mujer	Ver que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 tiene adecuados hábitos de higiene	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 que se observan limpias.
		Observación de atención en la mujer	Ver que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 tiene una conducta de concentración e interés frente al autoexamen de mama	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 que se observan atentas.
		Disposición para demostración de técnica de autoexploración mamaria	La mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, tiene una adecuada conducta y disponibilidad para mostrar la forma de	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 se observan con

			realizar el autoexamen de mama	buena disposición frente a la autoexploración mamaria.
		Descripción de alternativas para realizar autoexploración en el hogar	Explicación de las acciones que la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 elige para realizarse el autoexamen de mama en su casa.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 describen alternativas para realizar autoexploración en el hogar.
		Consulta de dudas frente a detección de alteraciones mamaria	La mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 manifiesta sus interrogantes e inquietudes a otras personas frente a la aparición de alteraciones en los senos.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 consultan dadas frente a detección de alteraciones mamarias.
		Seguridad al describir autoexploración mamaria	La mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 tiene seguridad al explicar cómo se realiza el examen de mama.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 demuestran

					seguridad al describir autoexploración mamaria.
			Manifestación de interés por el cuidado de la salud	La mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 expresa entusiasmo por actuar de forma positiva en pro de su salud.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 manifiestan interés por el cuidado de la salud.
			Actitud frente exploración mamaria	<p>Escala Likert para evaluar la actitud frente a la exploración mamaria</p> <p>Escala: 0 (Si), 1 (No).</p> <p>1. 4 o más puntos: actitud mala.</p> <p>0. 3 o menos puntos: actitud buena.</p>	Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 con actitud mala, regular o buena sobre autoexploración mamaria.

ANEXO D: Variables

Conceptos	Definición	Variables	Nivel de medición	Pregunta	Indicador	Fuente
Características Sociodemográfico	Aspectos relacionados con las condiciones de vida de las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, como edad, genero, entre otros, y con el hogar, como características de la vivienda, nivel de ingresos, entre otros.	Edad	Naturaleza: Cuantitativa Numérica: Discreta Medición: Ordinal	1 ¿Cuál es la edad en años cumplidos de la usuaria?	Edad media de las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 y desviación estándar.	Fuente primaria de la información.
		Estado Civil	Naturaleza: Cuantitativa Medición: Ordinal	2 ¿Cuál es su estado civil? 1-Soltera 2-Casada 3-Divorciada 4-Viuda 5-Unión libre	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según estado civil: casada, soltera, unión libre, divorciada, viuda. (tablas de contingencia). Razón de mujeres solteras con clasificación	Fuente primaria de la información.

					BIRADS 4, 5 Y 6.	
		Escolaridad	Naturaleza: Cuantitativa Medición: Ordinal	<p>3</p> <p>¿Cuál es su nivel de escolaridad?</p> <p>1- Analfabeta</p> <p>2- Básica primaria completa</p> <p>3- Básica primaria incompleta</p> <p>4- Básica secundaria completa</p> <p>5- Básica secundaria incompleta</p> <p>6- Educación media completa</p> <p>7- Educación media incompleta.</p> <p>8- Carrera técnica completa.</p> <p>9- Universitaria completa</p> <p>10- Posgrado completo</p>	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según nivel educativo (tablas de contingencia).</p>	Fuente primaria de la información.

		Ocupación	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	4 ¿Qué ocupación tiene? 1- Desempleada. 2- Empleado. 3- Estudiante. 4- Ama de casa. 5- Pensionada. 6- Otro	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según ocupación. (tablas de contingencia).	Autoras
		Religión	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	5 ¿A qué religión pertenece? 1- católica. 2- Testigo de Jehová. 3- cristiana. 4- Otra. 5- Ninguno.	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según religión que practica. (tablas de contingencia).	Autoras
		Dependencia económica	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	6 ¿De quién depende usted económicamente? 1- Independiente. 2- Padres. 3- Esposo. 4- Hijos.	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según dependencia económica.	

				5- Otros.		
		Estrato socioeconómico	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	7 ¿Numero de estrato socioeconómico en que está clasificada su vivienda? 1- Uno 2- Dos 3- Tres 4- Cuatro 5- Cinco 6- Seis	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según estrato socioeconómico. (tablas de contingencia).	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010)
Antecedentes ginecobstetricos	Los antecedentes ginecobsetricos se refieren a la aparición de características sexuales secundarios, uso de terapias hormonales e información sobre factores	Método	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	8 ¿Cuál fue el método por el cual se detectaron los signos para cáncer de mama por primera vez? 1- Autoexamen 2- Ecografía 3- Mamografía 4- Examen	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según método por el cual se detecto por primera vez signo de cáncer de mama. (tablas de contingencia).	Autoras

	relacionados a la maternidad en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.			realizado por personal de Salud		
	Menarquia	Naturaleza: Cuantitativa Numérica: Discreta Medición: Razón	9	¿A qué edad, en años cumplidos le llego su regla o menstruación?	Edad media y desviación estándar de menarquia en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010)

		Menopausia	Naturaleza: Cuantitativa Numérica: Discreta Medición: Razón	10 ¿A qué edad, en años cumplidos le llego la menopausia o se le suspendió la regla?	Edad media y desviación estándar de menopausia en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010)
		Uso de anticonceptivos hormonales	Naturaleza: Cualitativa dicotómica. Medición: Nominal	11 ¿Usted utiliza o utilizo anticonceptivos hormonales? 1- Si 0- No	Razón de uso de anticonceptivos en mujeres de estudio. Proporción de uso y no uso de anticonceptivos en mujeres del estudio.	Autoras

				12	<p>¿Hace cuánto tiempo utiliza o utilizo el método anticonceptivo hormonal? (De su respuesta en meses)</p>	<p>Media y desviación estándar del tiempo de uso de anticonceptivos en mujeres del estudio.</p>	Autoras
		Tiempo de uso de anticonceptivos	<p>Naturaleza: Cuantitativa Numérica: Discreta Medición: Razón</p>				
		Terapia de reposición estrogénica	<p>Naturaleza: Cualitativa dicotómica. Medición: Nominal</p>	13	<p>¿Tiene o a tenido terapia de reposición estrogénica? 1- Si 0- No</p>	<p>Razón de uso de terapia de reposición estrogénica en mujeres del estudio.</p> <p>Proporción de uso y no uso de terapia estrogénica en mujeres del estudio.</p>	Autoras

		Antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama	Naturaleza: Cualitativa Medición: Nominal	14 ¿Alguien de su familia esta o estuvo enfermo de cáncer de mama? 1- Nadie. 2- Madre. 3- Hermana o hermano. 4- Hija o Hijo. 5- Tía o tío. 6- No lo sabe o no contesta. 7- Otro.	Proporción de mujeres del estudio con antecedentes heredofamiliares.	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010)
		Número de hijos	Naturaleza: Cuantitativa Numérica: Discreta Medición: Razón	15 ¿Cuántos hijos tiene?	Media y desviación estándar de número de hijos en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6. Proporción de mujeres en con clasificación	Autoras

				BIRADS 4, 5 Y 6 según número de hijos.		
		Lactancia materna	Naturaleza: Cualitativa dicotómica. Medición: Nominal	16 ¿A amamantado a sus hijos? 0. Si 1- No 2- No Aplica	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 que han lactado.	Autoras
		Tiempo promedio de lactancia materna	Naturaleza: Cuantitativa Numérica: Discreta Medición: Razón	17 ¿Cuántos meses en promedio a amamantado a sus hijos?	Media y desviación estándar de tiempo de lactancia materna en las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6.	Autoras

					Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según tiempo de lactancia (Tabla de contingencia).	
Capacidad de autocuidado	Habilidad de autocuidado frente al conocimiento y características que se consideran factores condicionantes básicos enfocados a los riesgos de desarrollar cáncer de mama en las	alimentos nutritivos de acuerdo a requerimientos nutricionales	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	18 ¿Consume frutas y verduras? 1- Nunca 2- A veces 3- Frecuentemente 4- Siempre	Proporción de mujeres del estudio según frecuencia de consumo de alimentos saludables.	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.

	<p>usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6</p>	<p>capacidad de valerse por sí mismo</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>19</p> <p>¿Aplicación escala ECOG: Valorar la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía:</p> <p>1- ECOG 3 y 4: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse, higiene, alimentación,</p>	<p>Proporción de mujeres del estudio según frecuencia de capacidad para valerse por sí misma.</p>	<p>Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.</p>
--	---	--	--	---	---	--

			<p>movilización.</p> <p>2-ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas del día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.</p> <p>3-ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos,</p>	
--	--	--	---	--

				<p>aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente solo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.</p> <p>4-ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				20	<p>¿Cuál es la frecuencia con que usted realiza ejercicio físico?</p> <p>1- Nunca 2- A veces 3- Frecuentemente 4- Siempre</p>	<p>Proporción de mujeres del estudio según frecuencia de práctica de ejercicio físico.</p> <p>Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según práctica de ejercicio físico (Tabla de contingencia).</p>	<p>Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.</p>
				21	<p>¿Dedica usted tiempo para el cuidado de sí misma?</p> <p>1- Nunca 2- A veces 3- Frecuentemente 4- Siempre</p>	<p>Proporción de mujeres en el estudio según frecuencia de dedicación de tiempo para el cuidado de sí mismo.</p> <p>Proporción de mujeres en con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6</p>	<p>Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del</p>

					según frecuencia de dedicación de tiempo para el cuidado propio (Tabla de contingencia).	presente estudio.
		Descanso	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	22 ¿Dedica usted al menos 10 minutos en la mañana y en la tarde para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para descansar? 1- Nunca 2- A veces 3- Frecuentemente 4- Siempre	Proporción de mujeres en el estudio según frecuencia de tiempo que dedica para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para reponerse del cansancio. Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según tiempo	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.

					para descansar del trabajo u otra actividad (Tabla de contingencia).	
		Horas de sueño	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	23 Cada noche, durante el pasado mes, ¿Cuántas horas has dormido realmente, sin contar con el tiempo que estuviste despierto? 1- Menos de 5	Proporción de frecuencia que la usuaria con BIRADS 4, 5 Y 6 dedica entre 6 y 8 horas para dormir Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según dedicación entre 6 y 8 horas para	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.

				<p>horas. 2- 5-6 horas. 3- 6-7 horas. 4- 8 horas.</p>	dormir (Tabla de contingencia).	
		Consumo de licor	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>24</p> <p>¿Consume licor? 1- Siempre. 2- Frecuentemente. 3- A veces. 4- Nunca.</p>	<p>Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según consumo de licor (Tabla de contingencia).</p>	<p>Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.</p>

		Consumo de drogas	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	25 ¿Consumen usted drogas? 1- Siempre. 2- Frecuentemente. 3- A veces. 3- Nunca.	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según consumo de drogas (Tabla de contingencia).	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.
		Uso de cigarrillo	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	26 ¿Usa usted cigarrillo? 1- Siempre. 2- Frecuentemente. 3- A veces. 4- Nunca.	Proporción de usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6, según uso de cigarrillo (Tabla de contingencia).	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del

					presente estudio.	
		Toma de agua	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>27</p> <p>¿Cuántos vasos de agua toma al día?</p> <p>1- Menos de 5 vasos. 2- 5-6 vasos. 3- 6-7 vasos. 4- 8 vasos.</p>	<p>Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 según frecuencia de toma de agua en el día (Tabla de contingencia).</p>	<p>Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.</p>
		Frecuencia autoexamen de mama	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>28</p> <p>¿Con que frecuencia se hace el autoexamen de</p>	<p>Proporción de frecuencia con que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 se hacen el</p>	<p>Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer</p>

				<p>mama? 1- Nunca. 2- semanalmente. 3- Dos veces al mes. 4- Una vez al mes.</p>	<p>autoexamen de mama</p>	<p>de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.</p>
		<p>Capacidad de autocuidado</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>29 ¿Según las respuestas (18-28) de las usuarias y el puntaje de estas que conocimiento y capacidad de autocuidado tiene la paciente?</p> <p>1- 13 o menos puntos: 1. conocimiento malo. 0- 27 o más puntos: 3. Conocimiento bueno.</p>	<p>Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 con conocimiento malo o bueno sobre características que se consideran factores condicionantes básicos enfocados a los riesgos de desarrollar cáncer de mama</p>	<p>Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.</p>

				30	¿Se hacía usted el autoexamen antes de conocer el resultado de la mamografía?	Proporción de frecuencia con que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 se realizaban el autoexamen de mama antes del resultado de la mamografía	Cuestionario para evaluar autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama de Emperatriz Carmona Ramírez (2010), adaptado por las autoras del presente estudio.
Autoexploración mamaria derecha e izquierda	Es el control realizado por la mujer con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 en la mama derecha e izquierda para examinarse física y visualmente con el objetivo de	Observación de los senos	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	31	¿Usted se observa los senos frente al espejo? 1- Nunca. 2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.	Proporción de frecuencia de observación de los senos en el autoexamen de mama en las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6	Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.

	<p>detectar cambios en las mamas o axilas.</p>					
		<p>Autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>32 ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie? 1- Nunca. 2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie.</p>	<p>Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.</p>
		<p>Autoexamen de mama derecha e izquierda en posición acostada</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>33 ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda en posición</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de</p>	<p>Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo</p>

				<p>acostada? 1- Nunca. 2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.</p>	<p>mama derecha e izquierda en posición de acostada.</p>	<p>Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.</p>
		<p>Autoexamen de mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal</p>	<p>34</p> <p>¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada? 1- Nunca. 2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada</p>	<p>Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.</p>

		Autoexamen de mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	35 ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada? 1- Nunca. 2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada	Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.
		Autoexamen de mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	36 ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada? 1- Nunca.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada	Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.

				2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.		
		Exploración de mama derecha e izquierda siguiendo manecillas del reloj	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	37 ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda siguiendo manecillas del reloj? 1- Nunca. 2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan autoexamen de mama derecha e izquierda siguiendo manecillas del reloj	Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.

		Examen del pezón de mama derecha e izquierda	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	38 ¿Usted se hace examen del pezón de mama derecha e izquierda? 1- Nunca. 2- A veces. 3- Frecuentemente. 4- Siempre.	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 realizan examen del pezón de mama derecha e izquierda	Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.
		Exploración mamaria	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	39 ¿Según las respuestas (31-38) de las usuarias y el puntaje de estas, que conocimiento tiene la paciente sobre exploración mamaria? 1- 15 o menos puntos: 1. conocimiento	Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 con conocimiento malo, regular o bueno sobre autoexploración mamaria.	Guía para observar el conocimiento de la exploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.

				<p>malo. 0- 31 o más puntos: 3. Conocimiento bueno.</p>		
<p>Actitud frente autoexamen de mama</p>	<p>Comportamiento que emplea las usuarias con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 para hacerse el autoexamen de mamas. Es su forma de ser o el comportamiento de actuar frente a su</p>	<p>Observación de limpieza en la mujer</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Dicotómica</p>	<p>40</p> <p>¿La mujer se observa limpia y pulcra?</p> <p>0- Si 1- No</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 que se observan limpias.</p>	<p>Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.</p>

	autocuidado.	Observación de atención en la mujer	Naturaleza: Cualitativa Medición: Dicotómica	41 ¿La mujer se observa atenta? 0- Si 1- No	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 que se observan atentas.	Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.
		Disposición para demostración de técnica de autoexploración mamaria	Naturaleza: Cualitativa Medición: Dicotómica	42 ¿La mujer presenta disposición para la demostración de técnica de autoexploración mamaria? 0- Si 1- No	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 se observan con buena disposición frente a la autoexploración mamaria.	Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.

		<p>Descripción de alternativas para realizar autoexploración en el hogar</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Dicotómica</p>	<p>43</p> <p>¿La mujer describe alternativas para realizar autoexploración en el hogar?</p> <p>0- Si 1- No</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 describen alternativas para realizar autoexploración en el hogar.</p>	<p>Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.</p>
		<p>Consulta de dudas frente a detección de alteraciones mamaria</p>	<p>Naturaleza: Cualitativa Medición: Dicotómica</p>	<p>44</p> <p>¿La mujer hace consulta de dudas frente a detección de alteraciones mamaria?</p> <p>0- Si 1- No</p>	<p>Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 consultan dudas frente a detección de alteraciones mamarias.</p>	<p>Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.</p>

		Seguridad al describir autoexploración mamaria	Naturaleza: Cualitativa Medición: Dicotómica	45 ¿La mujer demuestra seguridad al describir la autoexploración mamaria? 0- Si 1- No	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 demuestra seguridad al describir autoexploración mamaria.	Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.
		Manifestación de interés por el cuidado de la salud	Naturaleza: Cualitativa Medición: Dicotómica	46 ¿La mujer manifiesta interés por el cuidado de la salud? 0- Si 1- No	Proporción de frecuencia en que las mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 manifiestan interés por el cuidado de la salud.	Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.

		Actitud frente exploración mamaria	Naturaleza: Cualitativa Medición: Ordinal	47 ¿Según las respuestas de las usuarias (40-46) y el puntaje de estas, que actitud tiene la paciente con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 frente a la exploración mamaria? 1- 7 o menos puntos: 1. actitud mala. 2- 8 a 14 puntos: s puntos: 3. actitud buena.	Proporción de mujeres con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 con actitud mala, regular o buena sobre autoexploración mamaria.	Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria de Emma Cuervo Rivera, adaptado por las autoras del presente estudio.
--	--	------------------------------------	--	---	--	---

ANEXO E: Instrumento



Universidad
Católica
de Manizales

ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN USUARIAS CON MAMOGRAFÍA POSITIVA DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD. MANIZALES 2014-2016

INSTRUMENTO

Código de la usuaria: _____ Fecha diligenciamiento: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. ¿Cuál es la edad en años cumplidos de la usuaria? _____

2. ¿Cuál es su estado civil?

1, Soltera 2, Casada 3, Divorciada 4, Viuda 5, Unión Libre

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

1- Analfabeta 2- Básica primaria completa 3- Básica primaria incompleta
 4- Básica secundaria completa 5- Básica secundaria incompleta 6- Educación media completa
 7- Educación media incompleta 8- Carrera técnica completa 9- Universitaria completa
 10. Posgrado completo

4. ¿Qué ocupación tiene?

1- Desempleada. 2- Empleada. 3- Estudiante.
 4- Ama de casa. 5- Pensionada 6- Otro

5. ¿A que religión pertenece?

1- católica.
 2- testigo de Jehová.
 3- Cristiana.
 4- Otra.
 5- ninguno.

6. ¿De quien depende usted económicamente?

1- independiente.
 2- padres.
 3- esposo.
 4- hijos.
 5- otros.

7. ¿En que nivel socioeconómico esta clasificada su vivienda?

1- Uno.
 2- Dos.
 3- Tres.
 4- Cuatro.
 5- Cinco.
 6. Seis.

II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

8. ¿Cuál fue el método por el cual se detectaron los signos para cáncer de mama por primera vez?

1, Autoexamen 2. Ecografía 3. Mamografía 4. Examen realizado por personal de salud

9. ¿A que edad, en años cumplidos le llegó su regla o menstruación? _____

10. ¿A que edad, en años cumplidos le llegó la menopausia o se le suspendió la regla? _____

11. ¿Usted utiliza o utilizó anticonceptivos hormonales?

12. ¿Hace cuanto tiempo utiliza o utilizó el método anticonceptivo hormonal? (En meses) _____

13. ¿Tiene o a tenido terapia de reposición estrogénica? 0. No. 1. Si.

14, ¿Alguien de su familia esta o estuvo enfermo de cáncer de mama?

0. Nadie. 1. Madre. 2. Hermana o hermano. 3. Hija o hijo
 4. Tia o tío. 5. No lo sabe o no contesta. 6. Otro Quien? _____

15, ¿Cuántos hijos tiene? _____

16, ¿ A amamantado a sus hijos? 0. No. 1. Si. 2. No aplica.

17, ¿Cuántos meses en promedio a amamantado a sus hijos? _____

III. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

18, ¿Consume frutas y verduras?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

19, Aplicación escala ECOG: valorar la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0. ECOG 3 Y 4.
El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse, higiene, alimentación, movilización. | <input type="checkbox"/> 1. ECOG 2.
El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo. | <input type="checkbox"/> 2. ECOG 1.
El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno. | <input type="checkbox"/> 3. ECOG 0.
El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria. |
|---|---|---|---|

20, ¿Cuál es la frecuencia con que usted realiza ejercicio físico?

0. Nunca 1. 1 ó 2 veces a la semana 2. 3 ó 4 veces por semana 3. 5 ó mas veces por semana.

21, ¿Dedica usted tiempo para el cuidado de si misma?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

22, ¿Dedica usted almenos 10 minutos en la mañana y en la tarde para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para descansar?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

23, Cada noche, durante el pasado mes, ¿cuántas horas has dormido realmente, sin contar el tiempo que estuviste despierto?

0. Menos de 5 horas. 1. 5-6 horas. 2. 6-7 horas. 3. 8 horas.

24, ¿Consume licor?

0. Siempre 1. Frecuentemente 2. A veces 3. Nunca

25, ¿Consume usted drogas?

0. Siempre 1. Frecuentemente 2. A veces 3. Nunca

26, ¿Usa usted cigarrillo?

0. Siempre 1. Frecuentemente 2. A veces 3. Nunca

27, ¿Cuántos vasos de agua toma al dia?

0. Menos de 5 vasos. 1. 5-6 vasos. 2. 6-7 vasos. 3. 8 vasos.

28, ¿Con que frecuencia se hace el autoexamen de mama?

0. Nunca 1. Semanalmente 2. Dos veces al mes 3. Una vez al mes

29, ¿Según las respuestas (18-28) de las usuarias y el puntaje de estas que conocimiento y capacidad de autocuidado tiene la paciente?

- 1- 11 o menos puntos: Conocimiento malo.
 2- 12 a 22 puntos: Conocimiento regular.
 3- 23 o mas puntos: Conocimiento bueno.

30, ¿Se hacia usted el autoexamen antes de conocer el resultado de la mamografía?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

IV, AUTOEXPLORACION MAMARIA DERECHA E IZQUIERDA

31, ¿Usted se observa los senos frente al espejo?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

32, ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie ?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

33, ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de acostada ?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

34, ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada ?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

35, ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada ?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

36, ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada ?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

37, ¿Usted se hace el autoexamen de mama derecha e izquierda siguiendo manecillas del reloj ?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

38, ¿Usted se hace examen del pezón de mama derecha e izquierda ?

0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Siempre.

39, ¿Según las respuestas (31-38) de las usuarias y el puntaje de estas, que conocimiento tiene la paciente sobre exploración mamaria?

- 1- 8 o menos puntos: Conocimiento malo.
 2- 9 a 16 puntos: Conocimiento regular.
 3- 17 o mas puntos: Conocimiento bueno.

V, ACTITUD FRENTE AL AUTOEXAMEN DE MAMA

40, ¿La mujer se observa limpia y pulcra?

0. No 1. Si

41, ¿La mujer se observa atenta?

0. No 1. Si

42, ¿La mujer presenta disposición para la demostración de técnica de autoexploración mamaria?

0. No 1. Si

43, ¿La mujer describe alternativas para realizar autoexploración en el hogar?

0. No 1. Si

44, ¿La mujer hace consulta de dudas frente a detección de alteraciones mamaria?

0. No 1. Si

45, ¿La mujer demuestra seguridad al describir la autoexploración mamaria?

0. No 1. Si

46, ¿La mujer manifiesta interés por el cuidado de la salud?

0. No 1. Si

47, ¿Según las respuestas de las usuarias y el puntaje de estas, que actitud tiene la paciente frente a la exploración mamaria?

- 1- 3 o menos puntos: Actitud mala.
 2- 4 o mas puntos: Actitud buena.

ANEXO F: Instructivo

ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN USUARIAS CON MAMOGRAFÍA POSITIVA DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD. MANIZALES 2014-2016		
<p>Objetivo: 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.</p> <p>Para recolectar la información y lograr el anterior objetivo, las investigadoras Diana González Montoya, María del Pilar Marín Giraldo y Leidy Johana Ospina Castrillón aplicarán un cuestionario que comprende 56 preguntas utilizando la escala Likert, las preguntas se encuentran divididas en cinco grupos:</p> <p>I- Aspectos sociodemográficos II-Antecedentes gineco-obstétricos III-Capacidad de autocuidado IV-Autoexploración mamaria derecha e izquierda V-Actitud frente al autoexamen de mama</p> <p>Este cuestionario será diligenciado por el encuestador, que en este caso corresponde a las investigadoras, para el diligenciamiento se debe utilizar lapicero negro y marcar con una equis (X), la respuesta que crea conveniente, marcar únicamente una opción en cada pregunta.</p>		
Pregun ta	DATO	INDICACION
	Código de la usuaria	Código asignado comprendido entre 1 y 200
	Fecha de diligenciamiento	Diligenciar fecha en formato DD/MM/AA
I- ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS		
1	Edad en Años	Colocar la edad en años cumplidos (Rango de edad entre 15 -99 años)
2	Estado civil	Marcar estado civil con la siguiente numeración según corresponda la respuesta: 1-Soltera 2-Casada 3-Divorciada 4-Viuda 5-Unión libre

3	Nivel de escolaridad	<p>Marcar nivel de escolaridad con la siguiente numeración de acuerdo al último año cursado y aprobado, tener en cuenta que para Colombia los niveles de educación formal se organizan en tres niveles</p> <p>a) El preescolar, que comprenderá mínimo un grado obligatorio</p> <p>b) La educación básica, con una duración de nueve grados que se desarrollará en dos ciclos: La educación básica primaria de cinco grados (primero a quinto) y la educación básica secundaria de cuatro grados (sexto a noveno)</p> <p>c) La educación media con una duración de dos grados. (decimo y once)</p> <p>1- Analfabeta 2- Básica primaria completa 3- Básica primaria incompleta 4- Básica secundaria completa 5- Básica secundaria incompleta 6- Educación media completa 7- Educación media completa 8- Carrera técnica completa 9- Universitaria completa 10-Posgrado completo</p>
4	Ocupación	<p>Marcar ocupación con la siguiente numeración según corresponda la respuesta:</p> <p>1- Desempleada. 2- Empleado 3- Estudiante 4- Ama de casa. 5-Pensionada 6- Otro.</p>
5	Religión	<p>Marcar religión a la que pertenece según la siguiente numeración según corresponda la respuesta:</p> <p>1- católica. 2- Testigo de Jehová. 3- cristiana. 4- Otra. 5- ninguno</p>

6	Dependencia económica	Marcar la opción de acuerdo a la persona o actividad de la cual dependa económicamente 1- Independiente. 2- Padres. 3- Conyugue 4- Hijos. 5- Otros.
7	Estrato socioeconómico	Marcar número de estrato socioeconómico en que está clasificada la vivienda donde habita 1- Uno 2- Dos 3- Tres 4- Cuatro 5- Cinco 6- Seis
II- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS		
8	Método por el cual se detectaron los signos para cáncer de mama por primera vez	Marcar la opción con el método por el cual se detectaron cambios en las mamas por primera vez 1- Autoexamen 2- Ecografía 3- Mamografía 4- Examen realizado por personal de salud
9	Menarquia	Registrar edad (años cumplidos) cuando le llego la primera menstruación
10	Menopausia	Registrar edad (años cumplidos) cuando presentó la última menstruación, si aún menstrua registrar 0 (cero)
11	Anticonceptivos hormonales	Marcar opción 1(SI), si en algún momento de su vida utilizó métodos anticonceptivos hormonales, de lo contrario marcar opción 2 (NO). 0- NO 1-SI
12	Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales	Diligenciar en meses el tiempo de uso de anticonceptivos hormonales; en caso de que nunca los haya utilizado registrar 0 (cero)

13	Terapia de reposición estrogénica	<p>Marcar opción 1 (SI), si en algún momento de la vida la paciente ha recibido terapia de reposición estrogénica, de lo contrario marcar opción 2 (NO).</p> <p>0- NO 1-SI</p>
14	Antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama	<p>Indagar antecedentes de cáncer de mama. Marcar opción de acuerdo a la numeración correspondiente. En caso de que existan antecedentes de cáncer de mama en la familia estos deben ser casos confirmados. Marcar únicamente una opción, si existe antecedente en varios familiares marcar el que mayor grado de consanguinidad tenga con la usuaria</p> <p>0- Nadie 1- Madre 2- Hermana o hermano 3- Hija o Hijo 4- Tía o tío 5- No lo sabe o no contesta 6- Otros. ¿Quién?</p>
15	Número de hijos	<p>Registrar número de hijos nacidos vivos; en caso de no tener hijos marcar la opción 0</p>
16	Lactancia materna	<p>Marcar opción de acuerdo a la numeración correspondiente, en caso de que nunca haya tenido hijos marcar la opción 3 (No aplica)</p> <p>0- NO 1-SI 2- No Aplica</p>
17	Duración de lactancia materna	<p>Registrar el tiempo promedio en meses de lactancia materna. Si el número de hijos es mayor a 1 realizar la sumatoria de los meses que se lactó a cada uno de los hijos y dividirlo por el número de hijos, registrar únicamente un valor.</p> <p>En caso de que no haya lactado o no tenga hijos registrar 0 (cero)</p>
III-CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO		

18	Consumo de frutas y verduras	<p>Marcar opción de acuerdo a numeración, tener en cuenta el consumo de frutas y verduras en la alimentación diaria</p> <p>0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre</p>
19	Capacidad de valerse por sí misma	<p>Aplicar la escala ECOG para valorar la evolución de las capacidades de la paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía, esta escala es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. Marcar opción según corresponda</p> <p>0- ECOG 3 Y 4: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse, higiene, alimentación, movilización. 1- ECOG</p> <p>2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.</p> <p>2-ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.</p> <p>3-ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.</p>

20	Ejercicio	Indagar sobre la frecuencia semanal con la que realiza actividad física, registrar de acuerdo a la siguiente numeración. 0- Nunca 1- 1 ó 2 veces por semana 2- 3 ó 4 veces por semana 3- 5 o más veces por semana
21	Tiempo para el cuidado propio	Indagar sobre la frecuencia con que dedica tiempo para sí misma. 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
22	Tiempo para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para descansar	Indagar si dispone de tiempo para pausas activas o descansos en su trabajo 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
23	Sueño y descanso	Pregunta basada en la (Escala Epworth)-Test del sueño Indagar número de horas que realmente durmió cada noche durante el mes pasado, no se tiene en cuenta el tiempo que paso despierto. 0- Menos de 5 horas 1- de 5 a 6 horas 2- de 6 a 7 horas 3- 8 horas
24	Consumo de licor	Indagar sobre hábito de consumo de licor, marcar opción de acuerdo a numeración 0- Siempre 1- Frecuentemente 2- A veces 3- Nunca
25	Consumo de SPA	Indagar sobre hábito de consumo de SPA, marcar opción de acuerdo a numeración 0- Siempre 1- Frecuentemente 2- A veces 3- Nunca

26	Consumo de cigarrillo	Indagar sobre hábito de consumo de cigarrillo, marcar opción de acuerdo a numeración 0- Siempre 1- Frecuentemente 2- A veces 3- Nunca
27	Consumo de agua	Indagar cuantos vasos de agua toma al día 0- Menos de 5 vasos 1- de 5 a 6 vasos 2- de 6 a 7 vasos 3- 8 vasos
28	Frecuencia de realización de autoexamen de mama	Indagar la frecuencia con la que se realiza el autoexamen de mama 0- Nunca 1- Semanalmente 2- Dos veces al mes 3- Una vez al mes
30	Realización de autoexamen de mama antes de conocer reporte de mamografía	Indagar la realización de autoexamen de mama mensual antes de conocer el reporte de la mamografía 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
IV-AUTOEXPLORACION MAMARIA DERECHA E IZQUIERDA		
31	Observación de senos	Indagar si la persona encuestada observa sus senos frente al espejo en el momento en que realiza el autoexamen de mama 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
32	Autoexamen mama derecha e izquierda en posición de pie	Interrogar a cerca de técnica de realización de autoexamen de seno, indagar si la autoexploración mamaria incluye autoexamen de la mama derecha e izquierda en posición de pie, seleccionar opción según corresponda 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre

33	Autoexamen mama derecha e izquierda en posición acostada	Interrogar a cerca de técnica de realización de autoexamen de seno, indagar si la autoexploración mamaria incluye autoexamen de la mama derecha e izquierda en posición acostada, seleccionar opción según corresponda 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
34	Autoexamen mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada	Interrogar a cerca de técnica de realización de autoexamen de seno, indagar si la autoexploración mamaria incluye autoexamen de la mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada, seleccionar opción según corresponda 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
35	Autoexamen mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada	Interrogar a cerca de técnica de realización de autoexamen de seno, indagar si la autoexploración mamaria incluye autoexamen de la mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada, seleccionar opción según corresponda 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
36	Autoexamen mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada	Interrogar a cerca de técnica de realización de autoexamen de seno, indagar si la autoexploración mamaria incluye autoexamen de la mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada, seleccionar opción según corresponda 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre

37	Autoexamen mama derecha e izquierda siguiendo las manecillas del reloj	Interrogar a cerca de técnica de realización de autoexamen de seno, indagar si la autoexploración mamaria incluye autoexamen de la mama derecha e izquierda siguiendo las manecillas del reloj, seleccionar opción según corresponda 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
38	Examen de pezón	Interrogar a cerca de técnica de realización de autoexamen de seno, indagar si la autoexploración mamaria incluye examen de pezón de mama derecha e izquierda, seleccionar opción según corresponda 0- Nunca 1- A veces 2- Frecuentemente 3- Siempre
39	Conocimiento que tiene la paciente con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 sobre exploración mamaria	Este espacio debe ser diligenciado por el encuestador, tener en cuenta el valor asignado a cada pregunta (desde la 31 hasta la 38) correspondientes a IV Autoexploración mamaria derecha e izquierda) realizar la sumatoria y de acuerdo a la respuesta, seleccionar según la numeración correspondiente 1- 8 o menos puntos: conocimiento malo. 2- 9 a 16 puntos: Conocimiento regular. 3- 17 o más puntos: Conocimiento bueno.
V-ACTITUD FRENTE AL AUTOEXAMEN DE MAMA		
40	La mujer se observa limpia y pulcra	Evaluar la limpieza y pulcritud de la mujer. Este espacio debe ser diligenciado a criterio del encuestador, de acuerdo a lo observado durante la aplicación del instrumento 0- No 1- Si
41	La mujer se observa atenta	Este espacio debe ser diligenciado a criterio del encuestador, teniendo en cuenta la actitud e interés frente al tema del cáncer de mama y autocuidado 0- No 1- Si

42	La mujer presenta disposición para la demostración de técnica de autoexploración mamaria	Este espacio debe ser diligenciado a criterio del encuestador de acuerdo a la disposición que demuestra la paciente para demostrar la técnica de autoexploración mamaria 0- No 1- Si
43	La mujer describe alternativas para realizar autoexploración en el hogar	Este espacio debe ser diligenciado a criterio del encuestador, de acuerdo a las alternativas para realización de autoexamen de mama que proponga la paciente durante la aplicación del instrumento 0- No 1- Si
44	La mujer hace consulta de dudas frente a detección de alteraciones mamaria	Este espacio debe ser diligenciado a criterio del encuestador de acuerdo a la actitud e interés que demuestre la paciente frente al tema 0- No 1- Si
45	La mujer demuestra seguridad al describir la autoexploración mamaria	Este espacio debe ser diligenciado a criterio del encuestador, teniendo en cuenta en la seguridad que demuestre la paciente al describir la técnica de autoexploración mamaria. 0- No 1- Si
46	La mujer manifiesta interés por el cuidado de la salud	Este espacio debe ser diligenciado a criterio del encuestador de acuerdo al interés que demuestre la persona encuestada sobre el autocuidado de su salud 0- No 1- Si
47	Según las respuestas de las usuarias y el puntaje de estas, que actitud tiene la paciente con clasificación BIRADS 4, 5 Y 6 frente a la exploración mamaria	Este espacio debe ser diligenciado por el encuestador, tener en cuenta el valor asignado a cada pregunta (desde la 40 hasta la 46) correspondientes a IV-Actitud frente al autoexamen de mama) realizar la sumatoria y de acuerdo a la respuesta, seleccionar según la numeración correspondiente 1- 3 o menos puntos: actitud mala. 2- 4 o más puntos: Actitud buena

ANEXO G: Consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Acciones de autocuidado en usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud. Manizales 2014-2016.

Fecha: _____

Ciudad: _____

Yo _____ con C.C _____

de _____, he recibido las explicaciones suficientes y claras y he comprendido todo lo relacionado con los procedimientos derivados de la investigación: Acciones de autocuidado en usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud de Manizales en los años comprendidos entre 2014 y 2016, he recibido las explicaciones suficientes y claras, me han aclarado todas las dudas y me han explicado todos los posibles riesgos.

Que las investigadoras serán: Diana González Montoya, María del Pilar Marín Giraldo y Leidy Johana Ospina Castrillón.

Tengo conocimiento de que no recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente, Conozco que este trabajo de investigación no ofrece ningún riesgo para mí o para mi familia, ya que no seré sometido a ningún procedimiento.

Doy mi consentimiento para hacer parte de esta investigación y aclaro que puedo retirarme de ella libremente cuando considere que debo hacerlo, sin perjuicio del proceso investigativo, y que seré informado(a) de los resultados de la investigación antes de que estos sean dados a conocer a cualquier otra comunidad.

Firma (a):

C.C

ANEXO H: Consentimiento institucional



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA INVESTIGACIÓN

Investigación: Acciones de autocuidado en usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014-2016

Manizales, 14 de Octubre de 2016

Yo, Simón Uribe Salazar Identificado con documento de identidad 75085669 y en función de mis atribuciones legales como director médico de la IPS Viva 1 A sede Manizales, acepto la participación voluntaria de la institución en esta investigación cuyo objetivo principal es el de determinar las acciones de autocuidado para la prevención del cáncer de mama, en usuarias con mamografía positiva durante el tiempo comprendido entre 2014 y 2016 y en la cual participaran como investigadores, estudiantes de epidemiología, del centro de posgrados de la Fundación Universitaria del área andina Diana González Montoya, María del Pilar Marín Giraldo, Leidy Johana Ospina Castrillón bajo la dirección académica de la docente Carmen Luisa Betancur.

He sido informado sobre las repercusiones de esta investigación que se realizará teniendo como unidad de análisis la base de datos de pacientes con mamografía BIRADS 4, 5 y 6 en el tiempo comprendido entre 2014 y 2016, por lo cual no representa riesgo alguno para las personas y según la resolución 8430 de 1993, puede realizarse sin ningún inconveniente en esta IPS. Por lo tanto, el grupo de investigación, en concertación con la dirección médica tendrá acceso a la base de datos que se requiere para la investigación.

La información obtenida será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que igualmente puedo retirar mi autorización, cuando por cualquier eventualidad así lo decida, sin que esto acarree perjuicio para mí, la institución o las personas objeto de estudio.

Director médico Viva 1 A - Manizales

ANEXO I: Cronograma de Gantt

Actividad	2016							2017		
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Conformación de grupo	X									
Selección del tema	X									
Revisión del estado del arte		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración del problema		X								
Elaboración de la justificación		X								
Presentación de propuesta		X								
Elaboración del marco teórico		X	X	X	X	X	X	X		
Elaboración de la metodología		X								
Presentación de anteproyecto		X								

Prueba piloto					X					
Validación del instrumento					X					
Recolección de datos					X	X	X			
Análisis de datos								X		
Elaboración de resultados								X		
Elaboración de discusión								X		
Elaboración de recomendaciones								X		
Elaboración de conclusiones								X		
Elaboración de artículo científico									X	
Presentación de resultados y proyecto										X

ANEXO J: Presupuesto

RECURSOS HUMANOS					VALOR
ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	
Asesores (2)	Hora	10	\$ 60.000	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Investigadores (3)	Hora	180	\$ 10.000	\$ 1.800.000	\$ 5.400.000
Digitador	Hora	100	\$ 40.000	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
Asesor externo	Hora	5	\$ 150.000	\$ 750.000	\$ 750.000
RECURSOS FISICOS					VALOR
Fotocopias	Unidad	200	\$ 100	\$ 20.000	\$ 20.000
Papelería	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Impresiones	Unidad	200	\$ 500	\$ 100.000	\$ 100.000
Pasajes	Unidad	50	\$ 10.000	\$ 500.000	\$ 500.000
Viáticos	Unidad	20	\$ 50.000	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
Telefonía	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Otros					\$ 500.000
TOTAL					\$ 13.670.000

RECURSOS HUMANOS					VALOR
ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	
Asesores (2)	Hora	10	\$ 60.000	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Investigadores (3)	Hora	180	\$ 10.000	\$ 1.800.000	\$ 5.400.000
Digitador	Hora	100	\$ 40.000	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
Asesor externo	Hora	5	\$ 150.000	\$ 750.000	\$ 750.000
RECURSOS FISICOS					VALOR
Fotocopias	Unidad	200	\$ 100	\$ 20.000	\$ 20.000
Papelería	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Impresiones	Unidad	200	\$ 500	\$ 100.000	\$ 100.000
Pasajes	Unidad	50	\$ 10.000	\$ 500.000	\$ 500.000
Viáticos	Unidad	20	\$ 50.000	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
Telefonía	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Otros					\$ 500.000
TOTAL					\$ 13.670.000