



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería



**Programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado
en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva**

TESIS

Para obtener el grado de Maestra en Enfermería

Presenta

Autor: L.E. Juana Candy Ramírez Hernández

Asesor: Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Coasesor: Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Morelia, Michoacán

mayo 2019

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. En Enfermería María Leticia Rubí García Valenzuela Profesora e Investigadora Titular “A” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como directora de tesis de maestría, y la Dra. María Jazmín Valencia Guzmán, como Co-directora

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de Tesis titulado “Programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama, en mujeres en edad reproductiva, elaborado por Juana Candy Ramírez Hernández Licenciada en Enfermería, y que será presentado como requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería con Terminal en Salud Pública” por la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. En Enfermería María Leticia Rubí García Valenzuela Profesor e Investigador Titular “A” de la Facultad de Enfermería de la UMSNH.

Firma: _____

ME. Ana Celia Anguiano Morán Profesor e Investigador Asociado “C” de la Facultad de Enfermería de la UMSNH.

Firma: _____

Dra. En Enfermería Ma. Magdalena Lozano Zúñiga, Profesor e Investigador Titular “A” de la Facultad de Enfermería UMSNH.

Firma: _____

Dra. En Educación María Jazmín Valencia Guzmán Profesor e Investigador Asociado “C” de la Facultad de Enfermería de la UMSNH.

Firma: _____

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza Profesor e Investigador Asociado “C” de la Facultad de Enfermería de la UMSNH.

Firma: _____

RESUMEN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente a nivel mundial, esta enfermedad heterogénea de causa multifactorial es prevenible con un diagnóstico temprano, a pesar de ello la mayoría de las mujeres descubren por accidente la presencia de nódulos en estadios avanzados, se calcula que una de cada 8 podría desarrollar esta patología. Es importante promover el autocuidado, como una conducta beneficiosa. La evidencia científica indica que existe una deficiencia en la difusión de programas educativos de enfermería, por ello, el profesional de la salud requiere poseer conocimientos, habilidades y destrezas para orientar y concientizar a la mujer sobre la importancia del cuidado para una detección oportuna de anomalías en su cuerpo. El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia de un programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva. Se trata de un estudio cuasiexperimental con medición previa y posterior, enfoque cuantitativo, prospectivo, longitudinal, muestra de 54 usuarias del servicio de planificación familiar en un hospital de segundo nivel. Como instrumentos de medición, se emplearon la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) y el cuestionario conocimientos sobre cáncer de mama; para evaluar la efectividad del programa se utilizó el modelo de adopción de precauciones y el modelo de Stufflebeam. Para el procesamiento y análisis de la información se usó el paquete estadístico SPSS aplicando la prueba Wilcoxon. Los resultados demuestran que a mayor nivel de conocimiento mejor ejecución de prácticas de autocuidado por parte de la mujer, al conocer y adquirir habilidades que le permiten otorgar un cuidado integral para sí misma.

Palabras clave: *autocuidado/ conocimiento/ cáncer de mama/ mujer/detección*

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent tumor in the world, this heterogeneous disease with multifactorial cause is preventable with an early diagnosis, although most women discover by accident the presence of nodules in advanced stages, it is estimated that a of every 8 could develop this pathology. It is important to promote self-care, as a beneficial behavior. Scientific evidence indicates that there is a deficiency in the dissemination of nursing education programs, therefore, the health professional requires knowledge, skills and skills to guide and raise awareness among women about the importance of care for timely detection of abnormalities. in his body. The objective of the present study was to evaluate the effectiveness of an educational program to promote the level of knowledge and self-care in the timely detection of breast cancer in women of reproductive age. This is a quasi-experimental study with pre- and post-measurement, quantitative, prospective, longitudinal approach, sample of 54 users of the family planning service in a second-level hospital. As measurement instruments, the Self-Care Requirements Scale (ERA) and the breast cancer knowledge questionnaire were used; To evaluate the effectiveness of the program, the precautionary adoption model and the Stufflebeam model were used. For the processing and analysis of the information the statistical package SPSS was used applying the Wilcoxon test. The results show that the higher the level of knowledge, the better the execution of self-care practices by women, as they learn and acquire skills that allow them to provide comprehensive care for themselves.

Keywords: *self-care / knowledge / breast cancer / woman / detection*

DEDICATORIAS

A mis padres y hermana por su apoyo incondicional, amor, comprensión y motivación para culminar mis estudios.

A mis maestros, por la confianza otorgada, ejemplo de éxito y superación profesional.

A mis compañeros de generación, por su valiosa amistad, conocimientos y experiencias compartidas.

A mis amigos, por estar presentes en los momentos complejos, por sus consejos y por impulsarme a ser mejor persona.

AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias de manera especial a mi tutora de tesis, Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela, por compartir sus conocimientos y experiencias. Un excelente ser humano, caracterizada por la palabra éxito.

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán, un gran ejemplo a seguir, me enseñó que no importa qué tanto conocimiento tenga una persona, si no posee humildad, pierde la esencia que lo caracteriza como ser humano.

Dra. Ana Celia Anguiano Morán, una persona que representa seguridad, liderazgo y compromiso con la profesión, le agradezco por darme la oportunidad de ingresar al programa de maestría y depositar plenamente su confianza en mí.

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, mi motivación para superarme profesionalmente, ejemplo de valentía, dedicación, esfuerzo y responsabilidad con su trabajo.

Maestra Bárbara Mónica Lemus Loeza, un ejemplo de perseverancia, liderazgo y capacidad en la toma de decisiones.

Dra. María de Jesús Ruiz Recéndiz, por su entrega y dedicación como docente, quien me enseñó que siempre existe algo nuevo por aprender.

ÍNDICE

Introducción.....	10
I. Justificación.....	12
II. Planteamiento del problema.....	18
III. Objetivo.....	21
Objetivos específicos.....	21
IV. Hipótesis.....	22
Hipótesis de investigación.....	22
Hipótesis nula.....	22
V. Marco Teórico.....	23
2.1 Teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem.....	23
2.2. Teoría de los sistemas de enfermería.....	27
2.3 Terapia cognitivo conductual.....	28
2.4 Teoría sociocultural de Vygotsky.....	29
2.5 Generalidades y conocimiento del cáncer de mama.....	33
2.6 Estadísticas sobre cáncer de mama.....	35
2.7 Programas en Enfermería enfocados al autocuidado.....	36
VI. Metodología.....	38
6.1. Tipo de estudio.....	38
6.2. Diseño de estudio:.....	38
6.3. Universo.....	38
6.4. Muestra y muestreo.....	38
6.5. Criterios de elegibilidad.....	38
6.6 Variables de estudio.....	39
6.7. Técnicas de recolección de la información (Instrumento):.....	39

6.8. Diseño del programa educativo	44
6.9. Procedimiento	46
6.10. Análisis estadístico:	49
6.11. Difusión:	50
VII. Consideraciones éticas y legales	51
VIII. Resultados.....	55
IX. Discusión de resultados	67
X. Conclusiones	73
XI. Recomendaciones	75
XII. Referencias bibliográficas	77
XIII. Anexos	89
Anexo 1.- Escala ERA	89
Anexo 2. Encuesta para determinar el conocimiento sobre prevención del Cáncer de mama.....	91
XIV. Apéndices	94
Apéndice 1. Operacionalización de variables.....	94
Apéndice 2. Cronograma de actividades	109
Apéndice 3 Consentimiento informado	110
Apéndice 4. Hoja de colecta de datos	112
Apéndice 5. Manual o Instructivo del encuestador.....	116
Apéndice 6. Resultados de la prueba piloto.....	120
Apéndice 7. Diseño del programa educativo	126

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del autocuidado según la Escala ERA.....	40
Tabla 2. Clasificación del nivel de conocimientos sobre cáncer de mama.....	41
Tabla 3. Edad de las mujeres participantes.....	55
Tabla 4. Variables sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva.....	55
Tabla 5. Consistencia interna de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama.....	56
Tabla 6. Puntaje de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama en la medición previa.....	57
Tabla 7. Puntaje de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama en la medición posterior a la intervención.....	57
Tabla 8. Resultados previos de la Escala de Requisitos de Autocuidado.....	58
Tabla 9. Resultados previos de la Escala Conocimientos sobre cáncer de mama.....	59
Tabla 10. Resultados de la Escala de Requisitos de Autocuidado posteriores a la intervención.....	60
Tabla 11. Resultados de la Escala conocimientos sobre cáncer de mama posteriores a la intervención.....	61
Tabla 12. Resultados de la ausencia de déficit por dimensiones de la Escala de Requisitos de Autocuidado pre y post intervención.....	62
Tabla 13. Resultados de la evaluación del programa con el modelo de Stufflebeam.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Adaptación de la teoría de Orem y Vygotsky.....	32
Figura 2. Diseño cuasiexperimental con medición previa y posterior con un grupo experimental.....	38
Figura 3. Modelo de Stufflebeam.....	43
Figura 4. Modelo de adopción de precauciones.....	45
Figura 5. Promedio de las mediciones PRE y POST de la variable autocuidado.....	63
Figura 6. Promedio de las mediciones PRE y POST de la variable conocimiento.....	64
Figura 7. Diferencias en el grupo de estudio, previo y posterior a la intervención.....	65

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea de causa multifactorial que implica factores de riesgo hormonales, reproductivos y hereditarios, sin embargo, es actualmente una de las enfermedades que se puede curar cuando existe un diagnóstico temprano, a pesar de ello la mayoría de las mujeres descubren por accidente la presencia de nódulos mamarios en un estadio avanzado lo que repercute de manera significativa en su estado de salud, se calcula que una de cada 8 podría desarrollar esta patología en algún momento de su vida (Sánchez, Urdaneta, Villalobos y Cepeda, 2016).

Aunado a ello, es importante promover el autocuidado, considerado una conducta que conlleva a la realización de habilidades de conocimiento para identificar los posibles riesgos y realizar actividades que beneficien la salud de la persona, además hace hincapié en la adquisición de destrezas que permiten seleccionar y utilizar diversas alternativas para favorecer el estado de salud y mejorar el bienestar del individuo (Rangel, 2014).

En la actualidad, los nuevos enfoques en salud contribuyen en la mejora de la población, el profesional de Enfermería incorpora múltiples intervenciones en el ámbito de la atención primaria, destinadas a la detección oportuna de enfermedades, con el objetivo de mantener el bienestar, seguridad y autocuidado de la persona, por lo que es de gran importancia su actuación en primer nivel (Gallén, Anguas y Germán, 2016).

En las mujeres en edad reproductiva es importante fomentar diversas prácticas de autocuidado como un método de detección temprana para el cáncer de mama principalmente aquellos de bajo costo y no invasivos entre los que destacan el autoexamen de mamas, de esta manera se logra influir en la persona positivamente para que sea ella

misma quien intervenga en la protección de su salud, detección oportuna y la prevención de la enfermedad en estadios no avanzados (López et al; 2014).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) las mujeres en edad reproductiva, ocupan una parte significativa de la población (57.481.3017 equivalente al 51,2 %), con una amplia variedad de problemas de salud, entre ellos las neoplasias malignas, en esta población se desconoce completamente si la práctica de autocuidado la ejecutan como una acción presente de manera cotidiana, puesto que debido a los roles que ocupan en la familia como el ser ama de casa, madre, etc., incluso la falta de tiempo impide la realización de actividades enfocadas al cuidado de su salud (Andino, 2015). Estudios refieren que las emociones, creatividad, sentido de humor, entre muchas fortalezas y cualidades que posee la mujer pueden influir de manera positiva en la ejecución de autocuidado (Cerezo, 2013).

La hipótesis que se planteó para este trabajo, fue que un programa educativo es eficaz para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado para la detección oportuna de cáncer de mama, por ello, el objetivo principal fue evaluar la efectividad de un programa educativo. A partir de la metodología propuesta, este se logró mediante la medición del conocimiento y autocuidado previo y posterior a la intervención; y para verificar la efectividad del programa, se realizó el análisis mediante el modelo de adopción de precauciones de Weinstein (1988) adaptado, y el modelo Stufflebeam García (2010), con obtención de resultados estadísticamente significativos.

I. Justificación

Debido al gran aumento de neoplasias malignas en los últimos años, se tiene la necesidad de implementar un programa educativo enfocado en fomentar el conocimiento y autocuidado en la prevención oportuna de cáncer de mama, principalmente en mujeres en edad reproductiva, quienes constituyen una población de riesgo, esta malignidad es la más frecuente en el sexo femenino a nivel mundial, cabe señalar que gran porcentaje de esta patología se presenta en países en desarrollo (Duarte, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, el cáncer de mamá es la primer causa de mortalidad, cada año se presentan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren cerca de 458 muertes a causa de ello, por lo que se deben promover programas de autocuidado dirigidos a la mujer en edad reproductiva, basados primordialmente en la prevención y el diagnóstico oportuno, actualmente se fomenta el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer (OMS, 2016).

A nivel Latinoamérica es considerada la primera causa de mortalidad, estudios previos refieren que 30,000 mujeres mueren anualmente, es decir, aproximadamente 82 mujeres por día, en Colombia la incidencia es de 49 casos por cada 100,000 mil mujeres, en Perú 34 casos por cada 100,000 mil, mientras que en Bolivia se presentan 9 casos por cada 100,000 mil (Sánchez et al; 2016). Se estima que para el año 2020 se presentarán alrededor de 2 millones de casos nuevos de CA, de los cuales un 76 % se presentará en países de medianos y bajos ingresos y solamente un 20 % en América Latina (González et al; 2013).

La Asociación Española contra el cáncer refiere que al año se diagnostican al menos 22,000 casos nuevos de cáncer de mama, lo que constituye un 30 % de las neoplasias malignas que se presentan en el sexo femenino, aunado a ello las prácticas de promoción

del conocimiento y de autocuidado repercuten de manera significativa, puesto que las mujeres con más acceso a información poseen una mayor consciencia sobre la importancia de mantener una vida saludable, así como un bienestar físico y emocional (Kern & Moro, 2012).

En Costa Rica, el cáncer de mama es el principal problema de salud pública por su alta incidencia, tan sólo en el año 2010 incrementó un 48 %, actualmente se encuentra ocupando el segundo lugar en mortalidad, en ese mismo año se diagnosticaron 18 nuevos casos semanales, es decir, una tasa de 12 por cada 100,000 mil mujeres y al año mueren cerca de 288 mujeres a causa de la neoplasia maligna mencionada (Sáenz et al; 2015).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el continente americano, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres en edad reproductiva, es la segunda causa de mortalidad y se estima que para el año 2030 se presente una incidencia de 596 000 casos nuevos y más de 142 000 muertes en la región de América Latina y el Caribe (OPS, 2014).

En México, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el cáncer de mama es la principal causa de morbilidad hospitalaria en poblaciones a partir de los 20 años de edad, en el 2013 constituyó la primer causa de defunción, las tasas de mortalidad van en aumento conforme a la edad, además, estudios demuestran que esta problemática se presenta con mayor frecuencia en los países de bajos ingresos ya que por lo general el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad es avanzada asociado a la falta de acceso a los servicios de salud (INEGI, 2015).

Principalmente en poblaciones marginadas el riesgo de morir por cáncer de mama es sumamente elevado, aunado a la deficiencia de cuidado a sí mismas, el poco acceso que tienen a los servicios de salud, la limitada alfabetización en salud, el nivel socioeconómico, entre otros factores que afectan directamente la salud de los grupos minoritarios, en vista de la problemática es importante hacer consciencia sobre la importancia y los beneficios que genera una práctica de autocuidado (Campero, Atienzo, Marín, Vara, Pelcastre y González, 2014).

La Norma Oficial Mexicana 041-SSA-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama establece tres medidas de detección temprana, la autoexploración, el examen clínico y la mastografía, sin embargo, son pocas las mujeres que ejecutan prácticas de autocuidado, tan sólo en el estado de Michoacán únicamente un 2 % de la población se realiza la mastografía en alguna institución pública (INEGI, 2015).

De acuerdo a las tasas de mortalidad por CA, el estado de Michoacán se encuentra entre las tasas intermedias que van desde 5.2 a 9.5, esto en el año 1980, para el año 2009 se presenta un incremento alarmante de tasas altas que oscilan entre 17.7 a 26.7 en la cual se ubican los países del norte Chihuahua, Colima, Jalisco, Querétaro y Michoacán (De la Vara; et al, 2011).

Al revisar la literatura, se percibe que existen pocas estrategias educativas enfocadas a la prevención, un déficit de autocuidado por parte de las mujeres y falta de interés en el personal de salud para llevar a cabo acciones de promoción de la salud, el autocuidado sin duda alguna es de importancia para la ejecución de acciones y decisiones que toma la

persona respecto a su salud, ya sea para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad (Bustamante, Sánchez y Dubón, 2015).

Calderón (2015) diseñó un proyecto cuyo objetivo fue aplicar una estrategia educativa en relación al cáncer de mama en Monterrey, con mediciones previas y posteriores, en una muestra de 831 estudiantes de secundaria, como resultados obtuvo que es factible educar en la prevención de enfermedades, al estar expuestos a la información y el conocimiento, la persona se sensibiliza y puede tomar decisiones adecuadas respecto a su salud (Calderón, 2015).

En su revisión Hernández, et al. (2014) diseñaron una intervención educativa en 34 mujeres, se les aplicó un cuestionario inicial para medir el conocimiento de la definición de cáncer de mama, los factores de riesgo y la técnica de autoexploración, posteriormente se dio a conocer el programa educativo sobre los aspectos de interés y 3 meses después se hizo una segunda medición. Como resultado se obtuvo que previo a la intervención no se contaba con los conocimientos suficientes, después de ella se logró que un 81,4 % identificara el principal factor de riesgo y un 75,9 realizara de manera correcta la técnica de autoexploración (Hernández et al; 2014).

Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) realizaron un estudio para comprender la percepción de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, sobre el apoyo social y la relación que este tiene con el autocuidado, seleccionaron 4 participantes, a dos de ellas se les brindaron niveles elevados de apoyo mientras que a las otras no se les proporcionó ayuda, se obtuvo como resultado que en las mujeres donde se detecta y diagnostica la patología se ejerce un papel clave en la realización de prácticas de autocuidado a pesar del

apoyo proporcionado, seguirán ejecutando el autocuidado para beneficio de sí mismas (Schneider, Pizzinato y Calderón, 2015).

Menéndez, Hidalgo y Martínez (2011) realizaron una intervención educativa en 219 mujeres, cuyo objetivo principal fue elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo que ocasionan el cáncer de mama, para ello, confeccionaron un cuestionario con variables como edad, antecedentes familiares, anticonceptivos, autoexamen de mama. Se obtuvo como resultado que una intervención educativa es de gran utilidad para disminuir los factores de riesgo en poblaciones vulnerables (Menéndez, Hidalgo y Martínez, 2011).

En el mismo año, Pérez y otros colaboradores, aplicaron una intervención educativa en 94 mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama con la finalidad de incrementar el conocimiento sobre aspectos relacionados a esta patología, se establecieron tres etapas, diagnóstico, intervención y evaluación, la encuesta inicial se realizó en dos ocasiones antes de comenzar la intervención y 6 meses después de ella, los resultados fueron satisfactorios (Pérez, Álvarez, Selva, Guilarte, Pérez, 2011).

Córdova y otros colaboradores (2015) determinaron la proporción de mujeres de 40 años o más que realizaban de manera correcta la técnica de autoexploración mamaria en una clínica familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMS), su muestra fue de 127 y obtuvieron como resultado que únicamente existió la correcta realización de la técnica en un 0.8 %, cifra alarmantemente baja, no encontraron factores asociados a ello, sin embargo, sugieren la aplicación de intervenciones educativas para corregir la problemática (Córdova, González y Zavala, 2015).

En su revisión Schneider et al.(2016) dieron seguimiento a un estudio de autocuidado y apoyo social en mujeres con cáncer de mama, su objetivo principal fue identificar las prácticas de autocuidado en mujeres con y sin la patología, seleccionaron 37 como muestra, todas ellas con cáncer de mama y 72 sin este diagnóstico, finalmente obtuvieron como resultado que aquellas mujeres que presentaron la enfermedad realizan mejores prácticas de autocuidado probablemente asociado a la incertidumbre que genera la malignidad presente (Schneider, Bones, Calderón y Pizzinato, 2016).

Desafortunadamente aún no se logra hacer hincapié en la importancia de la promoción de la salud para una detección oportuna de enfermedades como las neoplasias malignas, que cada día van en aumento y repercuten de manera negativa en las poblaciones vulnerables, por ello, se justifica la aplicación de este programa educativo, el cual es de gran interés para sensibilizar a la población sobre la adopción de prácticas de autocuidado.

Fue factible la realización de la intervención, se contó con la autorización de la institución de salud para acceder al aula de enseñanza, asimismo, se otorgaron por parte de personal administrativo los recursos requeridos para la ejecución de las cartas descriptivas y se obtuvo como beneficio principal el aumento del nivel de conocimiento en las mujeres participantes.

II. Planteamiento del problema

El autocuidado es aquella capacidad que adquiere la persona para realizar las actividades necesarias y contar con los conocimientos suficientes que le permitan ejecutar su propio cuidado, con ello se genera una mejor calidad de vida y se desarrolla un completo bienestar, la mujer en edad reproductiva juega un papel importante ya que necesita conocer las principales acciones para la identificación oportuna de manifestaciones negativas presentes en su cuerpo, a su vez, el profesional de enfermería requiere proporcionar información y establecer estrategias preventivas que repercutan positivamente en el estado de salud de las usuarias (Orem, 1993; Schneider, Pizzinato y Calderón, 2015).

Hoy en día, la salud de la mujer es un componente esencial, cuyo enfoque va más allá del sentirse bien y acudir a los servicios de salud por motivos de enfermedad. No obstante, la mayoría de las mujeres que acuden a revisión médica lo hacen cuando presentan sintomatología, en pocas ocasiones para la prevención, dado que el rol que desempeña la mujer como madre, esposa e hija frecuentemente interfiere en el cuidado de sí misma, aunado a esto no logran percibir las alteraciones que sufre su cuerpo probablemente asociado a la falta de prácticas de autocuidado (Sanabria, 2013).

Estudios previos demuestran que existe un déficit de autocuidado en las mujeres, a los cuales se atribuyen tres factores: la falta de información, el estilo de vida y la sobrecarga de género, igualmente se percibe un incremento considerable de patologías malignas, entre ellas el cáncer de mama, esto representa una situación alarmante, al ser un problema de salud pública a nivel mundial y considerarse un riesgo con significativas repercusiones como la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento de los costos

para la institución de salud, todo ello genera un gran impacto negativo no sólo económico, sino psicológico y social (Martínez, Olivo, Gómez y Cruz, 2016).

El cáncer de mama es sin duda una de las principales patologías que se presenta con mayor frecuencia en mujeres, este tipo de cáncer tiene relevancia por su prevalencia e incidencia acelerada, se considera el segundo más frecuente a nivel mundial y es una de las primeras causas de muerte, de tal forma que se requiere fomentar el conocimiento y autocuidado para una detección oportuna de esta enfermedad en las mujeres en edad reproductiva (Schneider, Pizzinato y Calderón, 2015).

Las poblaciones marginadas son aquellas más vulnerables que se ven afectadas debido a una tendencia ascendente de patologías como las neoplasias malignas puesto que cada año existe un incremento en la morbilidad y mortalidad, a consecuencia de la deficiencia de programas de detección en grupos de riesgo, una alternativa es la capacitación para realizar el autoexamen de mama, no generará costos y proporcionará beneficios (Del Toro, Peinado y Díaz, 2014).

La prioridad de los programas de salud principalmente se determina por la incidencia y prevalencia de las enfermedades, la evidencia indica que existe una deficiencia en la difusión de estos, en vista de que la mortalidad por tumores malignos ha presentado un incremento de alto impacto y trascendencia en las mujeres, es así como la implementación de programas, establecimiento de metas y diseño de estrategias para la detección oportuna de cáncer de mama será una opción aceptable en las instituciones de salud (Puente, 2016).

Tan sólo en los últimos años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el cáncer es la principal causa de muerte en mujeres, a nivel mundial, cada año se presentan un millón de cánceres de mama y mueren cerca de 400 000 mujeres. En América Latina constituye la primera causa de muerte, encontrándose en segundo lugar el cáncer cervicouterino. Mientras que en México un 15% de las neoplasias malignas se atribuyen al sexo femenino (Ramos et al; 2015).

Por lo tanto, la deficiencia de autocuidado en mujeres repercute en el incremento de neoplasias malignas, sin embargo, existen pocos estudios enfocados al diseño de programas educativos de enfermería para una detección oportuna, de manera que se considera adecuado desarrollar una estrategia centrada en fomentar el conocimiento y autocuidado en mujeres en edad reproductiva y lograr con ello la disminución en la morbilidad y mortalidad del sexo femenino (Ramos et al; 2015).

El profesional en Enfermería requiere poseer los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para orientar y concientizar a la mujer sobre la importancia del cuidado a su propia persona, mediante su participación en diversas estrategias de prevención y promoción de la salud para que puedan reflexionar desde un punto de vista sanitario y social, la información que les será proporcionada, por lo que las competencias de una enfermera (o) se basarán en las capacidades y atributos personales para ejercer de manera segura, con ética y responsabilidad (Soto, 2014).

Dada la situación mencionada anteriormente, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la eficacia de un programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva?

III. Objetivo

Evaluar la eficacia de un programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Medir el nivel de conocimiento y autocuidado previo a la intervención.
3. Aplicar el programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama.
4. Medir el nivel de conocimiento y de autocuidado posterior a la intervención.
5. Conocer las diferencias en el nivel de conocimiento y de autocuidado en mujeres en edad reproductiva de acuerdo a la edad, nivel socioeconómico y educativo.

IV. Hipótesis

Hipótesis de investigación

Un programa educativo de enfermería es eficaz para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva.

Hipótesis nula

Un programa educativo de enfermería no es eficaz para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva.

V. Marco Teórico

En este segmento se abordaron los aspectos teóricos fundamentales para el proceso del presente proyecto. En la primera parte se revisó la Teoría de Dorothea Orem, el modelo cognitivo conductual y el método de Vygotsky, con la finalidad de resaltar la importancia del conocimiento y autocuidado en la detección oportuna del Cáncer de mama, en la segunda parte se retomó el tema sobre conocimiento de CaMa, con énfasis en su manifestación y las repercusiones que genera en la mujer que lo presenta. En la tercera parte se plasmaron las estadísticas a nivel mundial sobre la prevalencia e incidencia del CaMa, para confirmar que efectivamente estamos frente a un problema de salud pública. En la cuarta parte y por último se narró los diversos estudios realizados por investigadores sobre el CaMa.

El presente estudio se basó en la teórica Dorothea Orem, quien presenta su teoría del déficit de autocuidado dividida en tres subteorías: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. Para Orem, el autocuidado es una acción humana que debe proporcionarse a los individuos con la finalidad de mejorar su calidad de vida y es el profesional de la salud quien representa un sistema de acción a través del cual se apoya a la persona a satisfacer sus necesidades básicas (Naranjo; et al, 2017).

2.1 Teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem

El autocuidado es considerado una acción fundamental en la cual el usuario tiene la capacidad de cuidarse a sí mismo, la Teoría de Dorothea Orem se enfoca en las actividades que deberá realizar el individuo en beneficio de su salud y bienestar, asimismo hace

hincapié en la implicación de las creencias, cultura, costumbres y estilos de vida de la persona, familia o comunidad, esto repercute de manera positiva o negativa en el confort de la usuaria (Prado, González, Paz & Romero, 2014).

Según lo establecido en esta teoría, las personas son susceptibles a limitaciones asociadas a la salud, lo que repercute en la pérdida de habilidades para realizar acciones de autocuidado continuo, generando un déficit en el individuo, lo cual provoca una demanda de acción, parcial o completamente compensatoria (Prado; et al, 2014).

Asimismo, Orem define el déficit de autocuidado como aquella desviación de la salud producida por la pérdida de las habilidades del individuo para realizar acciones de autocuidado, por lo tanto, la persona no logra satisfacer las necesidades básicas, se genera una demanda de atención y el profesional de Enfermería tendrá que intervenir compensando el déficit, mediante apoyo emocional o bien, proporcionando un entorno adecuado que genere bienestar en el individuo (Marcos & Tizón, 2013).

Una de las finalidades principales de la teoría de Orem (2016), es identificar las necesidades básicas de la persona y los factores determinantes en la aparición de enfermedades ya sean internos o externos, como la edad, orientación sociocultural, el ambiente, patrón de vida, estado de desarrollo, entre otros. Por lo tanto, una función primordial del profesional de enfermería es identificar el déficit y la demanda de autocuidado requerida para contribuir en la independencia del individuo, función que se cumple mediante la capacitación, orientación y educación para realizar actividades a favor del bienestar físico y emocional (Naranjo; et al, 2017).

Orem establece en su teoría que la Enfermería tiene como esencia principal el cuidado de las personas, contribuyendo a través del fomento de conductas saludables que beneficien directamente al usuario para que sea este quien realice actividades para mejorar su bienestar (Hernando, 2015).

En la teoría de Orem se establecen tres tipos de requisitos:

- Requisitos de autocuidado universales: son comunes para todas las personas, dentro de estos se incluye el aporte suficiente de aire, agua, eliminación, actividad y reposo, soledad e interacción social y peligros asociados para la vida.
- Requisitos de desarrollo hacen referencia a las etapas de la vida y al desarrollo del ser humano, la niñez, adolescencia, madurez y vejez.
- Requisitos de desviación de la salud los cuales se manifiestan cuando el individuo presenta alteraciones en su estado de salud (Marcos & Tizón, 2013).

Dorothea Orem define su metaparadigma de la siguiente manera:

- Persona: un organismo biológico, racional y ser pensante, con habilidades y capacidades para conocerse, diseñar estrategias, capacitar, orientar, pensar y reflexionar sobre sus experiencias.
- Salud: estado de bienestar de un individuo, adecuada integridad física, estructural y funcional, así como la ausencia de enfermedades que impliquen desgaste progresivo de la persona.

- Enfermería: sujeto que ejecuta la acción humana de cuidado, al carecer el individuo de habilidades para realizar su propia protección.
- Entorno: factores externos o internos que repercuten de manera positiva o negativa en la decisión de la persona para realizar prácticas de autocuidado (Naranjo; et al, 2017).

Para este estudio, la mujer fue considerada la persona, quien forma parte de una población vulnerable en la mayoría de los países en desarrollo y desarrollados, por ello, la implementación de programas de enfermería enfocados en el fomento de prácticas de autocuidado y aumento de conocimientos respecto al cáncer de mama, son esenciales para mantener un óptimo bienestar; la mujer juega diversos roles entre ellos madre, esposa, hija, lo que influye en el cuidado de sí mismas, de manera que requieren poseer información suficiente para mantener estilos de vida saludables (Martínez et al; 2016).

Estudios previos demuestran que el déficit de autocuidado se asocia a tres factores: la falta de conocimiento que poseen las mujeres sobre el tema de cáncer de mama, el estilo de vida y principalmente la sobrecarga de género, es así como la implementación de intervenciones educativas de enfermería se convierte en una acción esencial de promoción de la salud y es a través de la sub-teoría sistemas de enfermería como se contribuye en ello (Martínez et al; 2016).

2.2. Teoría de los sistemas de enfermería

Orem (2017), establece en la presente sub-teoría que enfermería, la usuaria y las interacciones familiares como partes elementales en la conformación de un sistema, clasificado en tres categorías:

- Parcialmente compensatorio: hace alusión a la incapacidad del individuo para realizar algunas prácticas de autocuidado, por lo que el profesional de enfermería deberá satisfacer esas necesidades y en conjunto lograr el bienestar.
- Totalmente compensador: la persona no puede ejecutar por sí sola actividades de autocuidado, lo que implica una dependencia total.
- Sistema de apoyo educativo: basado en la educación de la persona, este sistema se enfoca en el usuario que es capaz de realizar acciones de autocuidado por sí mismo, sin embargo, el individuo debe estar en la disposición de aprender conocimientos que le permitan adaptarse a nuevas situaciones. Enfermería contribuye en la toma de decisiones, capacitación y educación continua.

En esta sub-teoría, un aspecto importante es la promoción y mantenimiento del estado de salud a través de conductas educativas, donde el profesional proporciona el conocimiento y explica los distintos fenómenos relacionados con la salud-enfermedad, además de ser un referente teórico y práctico para el avance de enfermería (Naranjo, 2017).

Para fines de este estudio se aplicó el programa exclusivo en la mujer en edad reproductiva, de 15 a 44 años, enfocado a fomentar el nivel de conocimiento y autocuidado para una detección oportuna de cáncer de mama.

Cabe resaltar, que el diseño del programa se basó en la presente sub-teoría de los sistemas de enfermería, principalmente en el sistema de apoyo educativo, aunado a que la mujer requiere capacitación y orientación acerca de su autocuidado y es el profesional de enfermería quien ejecuta el proceso enseñanza-aprendizaje, a través de programas educativos que contribuyan de manera positiva en las usuarias, a fin de desarrollar habilidades y destrezas para mejorar su calidad de vida (Prado; et al, 2014).

Además de basarse en la sub-teoría de los sistemas de enfermería en el aspecto educativo, donde la participación de enfermería es esencial como una conducta beneficiosa en la promoción y prevención, la teórica plantea que en el proceso de enseñanza intervienen las creencias, experiencias, costumbres y cultura de un individuo, por ello, el programa se fundamentó en dos teorías del aprendizaje (Pereda, 2011).

2.3 Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual, expresa que las principales causas que dan origen a los problemas emocionales se relacionan con las creencias, pensamientos, acciones y expectativas de los individuos; es una de las técnicas más empleadas en la psicología y el psicoanálisis para la modificación de conductas, esta terapia engloba un amplio conjunto de procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de los diversos trastornos psicológicos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Esta terapia es de las más utilizadas por el costo-beneficio, se puede aplicar de forma individual o grupal y ayuda en la modificación de pensamientos, sentimientos actitudes, emociones y principalmente en el comportamiento de la persona. Es ideal para el

desarrollo de habilidades y destrezas en los individuos y contribuye a la adaptación del entorno e incremento de la calidad de vida del sujeto (González, 2014).

El presente modelo engloba diversas técnicas, actividades y procedimientos que le permiten a la persona desarrollar nuevas capacidades, habilidades y destrezas para el diseño de intervenciones de autocuidado cuyo objetivo primordial es obtener un máximo bienestar físico, mental y social (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

El programa educativo se basó en la presente teoría para hacer énfasis a través de la psicología, acerca de la importancia de realizar prácticas de autocuidado, se logró fomentar en la mujer nuevas habilidades y destrezas para que sea ella quien ejecute los procedimientos y acciones esenciales mediante los cuales pueda detectar alteraciones negativas en su cuerpo y contribuir en la detección oportuna de cáncer de mama en estadios tempranos.

2.4 Teoría sociocultural de Vygotsky

El método de Vygotsky refiere que para comprender el comportamiento de un sujeto, es necesario estudiar su contexto social, por lo tanto, no existe un aprendizaje significativo si se carece de experiencias previas, es decir, el constructivismo es producto de los conocimientos natos y aquellos que se adquieren en el mundo externo (Carrera & Mazarella, 2001).

Construir significa crear algo novedoso, un sujeto construye su propio conocimiento interactuando con el entorno, factores internos y externos influyen en el avance o retroceso del mismo. Existen cuatro tipos de construcción: cognitivo, mediante la adquisición de conocimientos; socio-cultural, reflejado por la cultura y creencias de la persona; radical,

donde otros individuos no participan y finalmente el social, basado en el reflejo externo de la sociedad (Serrano & Pons, 2011).

El ser humano es un constructor activo, cada individuo tiene una perspectiva distinta de la realidad, organiza y genera sus propios constructos, las capacidades físicas y el estado emocional repercuten de manera negativa o positiva así como las condiciones sociales y culturales donde se desarrolla. El proceso enseñanza-aprendizaje se basan en las vivencias previas, toda persona crea su realidad individual según su forma de ver el mundo (Ortiz, 2015).

En este modelo, el aprendizaje es considerado una actividad social, donde los conocimientos se obtienen de una interacción constante con el entorno, las relaciones interdisciplinarias son clave en la generación de teorías, hipótesis, destrezas, habilidades intelectuales y prácticas que permitirán a la persona prepararse para la vida, necesidad elemental en el desarrollo de la ciencia (García; et al, 2014).

Los individuos desarrollan dos tipos de funciones según el modelo constructivista social; las esenciales, surgen de manera natural y las superiores que logra la persona mediante una interacción constante con el entorno. El autor de este modelo, refiere que la transmisión de la experiencia y el pensamiento, se adquiere gracias al lenguaje, una herramienta básica a través de la cual se logra la expresión verbal para comprender mejor el proceso social, donde la utilización de signos y palabras son necesidades básica en el aprendizaje (Carrera & Mazzarella, 2001).

Para este estudio, se empleó el método Vygotsky, con la finalidad de garantizar un adecuado proceso de enseñanza-aprendizaje en la mujer, proporcionar los conocimientos

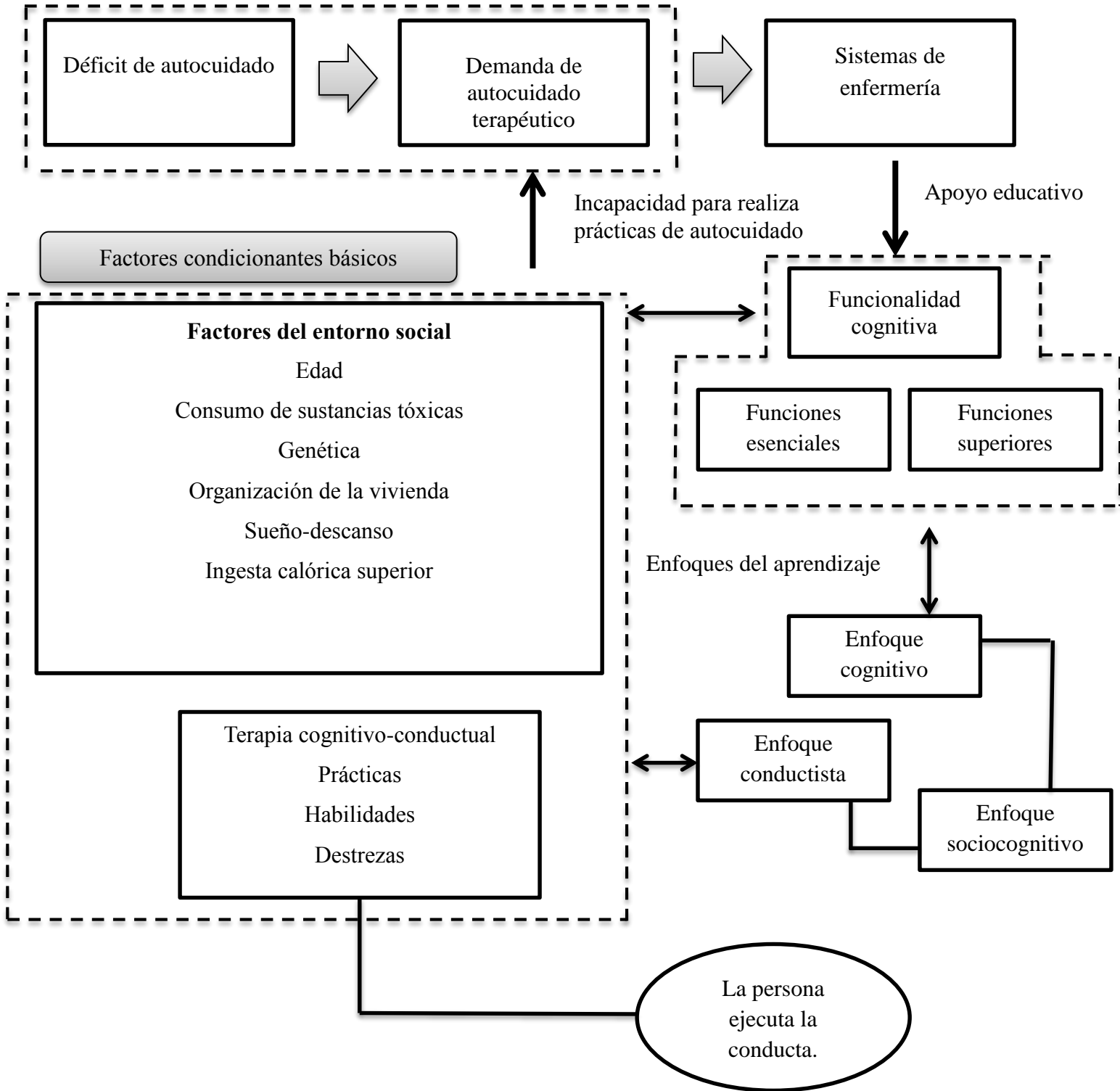
básicos sobre el cáncer de mama y las acciones de autocuidado a implementar para la detección oportuna de alteraciones negativas, con ello la obtención de un diagnóstico temprano. Se logró obtener un mayor nivel de conocimiento que influye positivamente en la obtención de habilidades y destrezas para la realización de acciones beneficiosas.

Aplicación del modelo de Orem, terapia cognitivo conductual y teoría sociocultural

Para la aplicación del modelo de Orem, se tomaron en cuenta diversas acciones para el análisis de los factores de riesgo, el problema de salud y el déficit de autocuidado, entre ellos la edad y el nivel de escolaridad, la mayoría en rangos de 36 a 44 años, se valoró el conocimiento de la mujer, así como sus habilidades y destrezas para realizar prácticas en beneficio de su salud, posterior a ello se capacitó, orientó y concientizó a la población femenina acerca de la toma de decisiones para ejecutar el autocuidado como conducta cotidiana para lograr el bienestar físico (Prado et al, 2014).

El modelo conceptual de Orem propone que los factores condicionantes básicos y los componentes de energía afectan la agencia de autocuidado de un paciente, al generarse una alteración, el individuo requiere un cuidado específico, ya sea total o parcialmente compensatorio con la finalidad de satisfacer las necesidades básicas, sin embargo, para la población estudiada en donde aún no se presenta un daño, se retomó la sub-teoría de los sistemas de enfermería en aspecto educativo, donde el profesional intervino en el proceso enseñanza-aprendizaje basados en el modelo de Vygotsky, respetando en todo momento las creencias y cultura de las participantes. Gracias a la capacitación y orientación, la mujer obtuvo los conocimientos, habilidades y destrezas para ejecutar conductas saludables (Figura 1).

Figura 1. Adaptación de la teoría de Orem y Vygotsky



2.5 Generalidades y conocimiento del cáncer de mama

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte por tumores malignos en mujeres, se caracteriza por un crecimiento acelerado y desordenado de células con genes mutados (Ramos, Marimón, Crespo, Junco & Valiente, 2015). Se presenta en un 30 % de la totalidad de los tumores en mujeres (Braña, 2012). Se origina con mayor frecuencia en los conductos mamarios, lo que se conoce como carcinoma ductal y en menor porcentaje ocurre en los lóbulos mamarios, es decir, carcinoma lobulillar, el primero de ellos no presenta metástasis y puede tratarse mediante resección local, sin embargo, si no se trata de manera oportuna puede ser invasivo y ocasionar daños irreversibles (Afonso, 2017).

Los conocimientos sobre cáncer de mama que posee la mujer, en la mayoría de los casos son deficientes, un estudio realizado en el año 2015, manifiesta que de 323 mujeres entrevistadas, el 89,7 tenía conocimiento previo sobre la técnica de autoexploración mamaria, de las cuales sólo un 21 % la ponía en práctica, se determinó que el nivel de conocimientos dependía de factores como el nivel educativo y la región geográfica (Carrillo, Espinoza, Avilez & Osada, 2015).

El nivel de conocimiento es un factor esencial en la determinación de las prácticas de autocuidado, a través de ello se puede realizar una detección oportuna, si la mujer conoce el procedimiento de autoexploración, lo podrá emplear como técnica preventiva, por ello es importante impartir educación principalmente en las poblaciones vulnerables quienes tienen menor acceso a la información y a los servicios de salud (Castillo; et al, 2016).

Es primordial educar a la población sobre el cáncer de mama, el conocimiento y la identificación de los factores de riesgo son un desafío de salud para las instituciones y para los profesionales de Enfermería quienes forman parte del equipo multidisciplinario cuyas acciones son enfocadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Dornelles; et al, 2015).

Dentro de los principales factores de riesgo asociados a la presencia de CaMa se encuentran los antecedentes familiares, edad, tabaquismo, menarquía precoz, menopausia tardía, obesidad, alcoholismo, sedentarismo, exposición prolongada a productos tóxicos, consumo de pastillas anticonceptivas, paridad, entre otros (Cuenca, Despaigne & Beltrán, 2013). Algunos no son modificables mientras que otros pueden ser modificados como el caso del consumo de alcohol y tabaco, exposición a radiación y la obesidad (Guerrero, 2015).

Artículos científicos refieren que el estilo de vida influye en la presencia de CaMa, el consumo de alcohol y sustancias tóxicas repercute de manera negativa, lo que aumenta el riesgo de padecer la malignidad, además influye la genética, acompañada de diversos componentes como el nivel socioeconómico, nivel de educación y una ingesta calórica mayor a la requerida, no obstante, estos elementos son diversos y afectan de manera distinta, las mujeres mexicanas presentan factores comunes a los de las mujeres pertenecientes a países en vías de desarrollo (Grajales, Cazares, Díaz & Alba, 2014). Asimismo, la incidencia de CaMa cada día va en aumento aunado a que existe mayor esperanza de vida, prevalece en 145 países del mundo y anualmente se presentan 1,1 millones de casos nuevos (Silverio, 2016).

2.6 Estadísticas sobre cáncer de mama

El cáncer de mama es uno de los problemas de salud pública más relevantes, anualmente las muertes asociadas a ello cambió de 250,000 en el año 1980 a 425, 000 para el 2010. México es uno de los países con mayor incidencia de 5.6 defunciones por cada 100,000 mujeres en el año 1979 pasó a 10.1 por cada 100,00 para el año 2006, pocos países han logrado disminuir el número de casos nuevos (Salinas et al; 2014).

Desde el año 2006 el cáncer de mama ocupa la primera causa de muerte en México, se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edades de 30 a 54, la tasa de mortalidad a causa de ello ha ido en aumento en las últimas décadas, para el año 2020 se espera un incremento anual de 16500 casos nuevos, cabe mencionar que esta enfermedad afecta de manera igualitaria, sin importar la clase social (Grajales, Cazares, Díaz & De Alba, 2014).

Esta neoplasia maligna, se caracteriza por su alta incidencia tanto en países desarrollados como en aquellos en desarrollo, probablemente asociado a los cambios demográficos, al incremento de factores de riesgo, cambios en el estilo de vida, entre otros, en el 2012 se presentaron cerca de 522 mil defunciones, con una tasa de incidencia de 43.4 por cada 100 000 mujeres, actualmente el cáncer de mama es de las patologías más letales en la mujer, por lo tanto, se tiene la necesidad de implementar estrategias educativas que permitan detectar de manera oportuna su aparición, una acción esencial es la realización de autoexploración mamaria de manera cotidiana (Icaza, Núñez & Buguño, 2017).

2.7 Programas en Enfermería enfocados al autocuidado

Las estrategias de enfermería en la promoción de autocuidado para un descubrimiento oportuno de cáncer de mama se han realizado con la finalidad de aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, de manera que las mujeres adquieran actitudes favorables para una prevención y detección temprana, en Cuba se realizó un programa enfocado al incremento de conocimientos sobre factores de riesgo y la importancia de realizar el autoexamen de mama, el programa resultó ser eficaz al contribuir en el aprendizaje de la población en estudio (Fernández, Tapia, Sánchez, Álvarez & González, 2014).

Los programas cuya finalidad es implementar la técnica de autoexploración son altamente eficaces aunado a que el autoexamen contribuye en la detección oportuna del cáncer de mama en un 94 % de los casos, a través de esta técnica las mujeres logran localizar lesiones de aproximadamente 1 centímetro y al ser superficiales incluso se detectan de 0.5 centímetros, así se podrá proporcionar un tratamiento oportuno en estadios tempranos (Santos, 2017).

Martínez, et al, (2016) diseñaron un programa para fomentar autocuidado en mujeres, la intervención se conformó de trece sesiones presenciales, cada una de ellas con duración de una a dos horas, dos veces por semana, en el cual se abordaron temas sobre ejercicio, higiene, nutrición, sueño y descanso, además de pedir a las participantes diseñar un plan de acción personal, los recursos utilizados fueron proyector, lap top, tapetes y pelotas y las técnicas empleadas yoga y la mayor parte expositivas (Martínez et al; 2016).

Rodríguez y otros colaboradores (2013) realizaron un estudio denominado cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud, el objetivo fue valorar el nivel de conocimientos respecto a los factores de riesgo sobre cáncer de mama, pre y post intervención, se implementó en mujeres de 20 a 64 años, en la primera medición se concluyó que tenían información insuficiente, en un 80 %, después de impartir el programa y realizar la segunda medición un 85 % poseía los conocimientos suficientes, lo cual determina que el programa fue efectivo (Rodríguez et al; 2013).

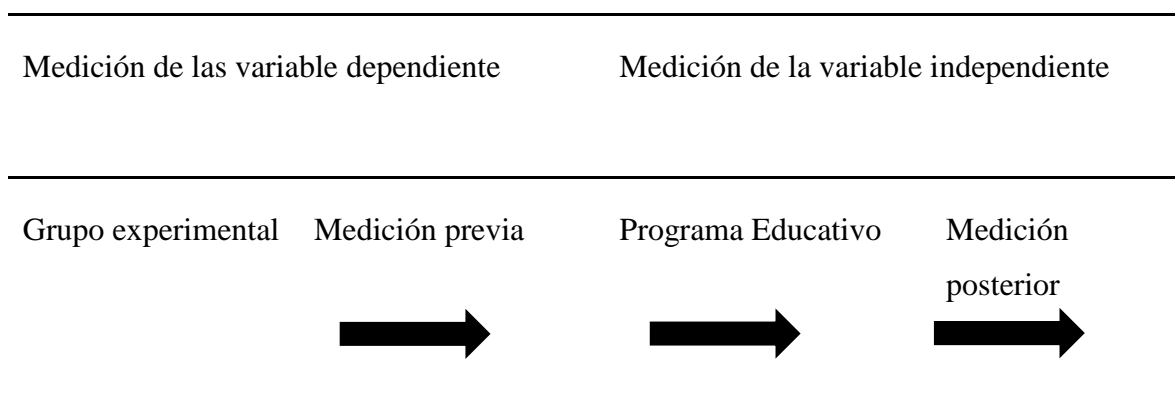
Castillo y otros colaboradores (2015) realizaron una intervención educativa con la finalidad de ampliar los conocimientos sobre la técnica de autoexploración de mama en mujeres entre 30 y 69 años, para aplicar el programa, se conformaron 4 grupos de 8 personas, una muestra total de 32, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2013, un 37.5 % tenía conocimiento previo, mientras que el otro 62.5 % no contaba con conocimientos, posterior a la intervención el 100 % de las participantes concluyen que el autoexamen de mama deberá realizarse de manera mensual para una detección oportuna, prevención, diagnóstico y tratamiento de CA (Castillo et al; 2015).

Cruz & García (2016), realizaron un estudio cuantitativo denominado prácticas y agencia de autocuidado: resultados descriptivos en mujeres de 20 a 55 años, cuyo objetivo principal fue identificar las características de la agencia de autocuidado que aplican las mujeres para realizar la autoexploración mamaria, obtuvieron como resultados que el 89 % de las mujeres realizan la técnica para detectar anomalías en su cuerpo (Cruz & García, 2016).

VI. Metodología

- 6.1. **Tipo de estudio:** enfoque cuantitativo.
- 6.2. **Diseño de estudio:** se trata de un estudio cuasiexperimental con medición previa y posterior, prospectivo, longitudinal (Grove, Gray & Burns, 2016).

Figura 2.- Diseño cuasiexperimental con medición previa y posterior con un grupo experimental



Fuente: Grove, Gray & Burns, 2016

- 6.3. **Universo:** todas las mujeres en edad reproductiva de un hospital materno infantil.
- 6.4. **Muestra y muestreo:** no probabilístico con un muestreo por conveniencia de 54 usuarias del servicio de planificación familiar.
- 6.5. **Criterios de elegibilidad**

Criterios de inclusión: toda usuaria que ingrese al servicio de planificación familiar, con seguro popular, entre 15-44 años de edad, dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) refiere este rango como etapa reproductiva, con o sin hijos.

Criterios de exclusión: usuaria que no pertenezca al servicio de planificación familiar, que no cuente con seguro popular, antecedentes de cáncer de mama y aquellas que no deseen participar en el programa y no firmen el consentimiento informado.

6.6 Variables de estudio

Variable independiente

Conocimiento: la Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Conocimiento sobre cáncer de mama: discernimiento respecto a información del cáncer como una enfermedad multifactorial en la que los factores genéticos y ambientales contribuyen a su aparición (Dornelles; et al, 2015).

Variable dependiente

Autocuidado: según Orem es una conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.

La operacionalización de variables se encuentra en el anexo 1.

6.7. Técnicas de recolección de la información (Instrumento): se elaboró una cédula con las variables sociodemográficas, se efectuó la recolección de datos mediante un instrumento denominado Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), elaborado por Roldan (2011), basado en la teoría de Dorothea Orem, cuya finalidad es medir el nivel de autocuidado, fue validado por el mismo autor mediante el diseño de 4 etapas, contemplando en cada una de ellas, la inclusión de expertos en el tema para evaluar el contenido, obteniendo una fiabilidad por Alfa de Cronbach de .810. Esta herramienta consta de 35 ítems con opción de respuesta de 1 a 5 puntos, siendo 1 la ausencia de déficit y 5 el déficit total. Se conforma de 6 dimensiones basadas en los requisitos universales (cuadro 1).

Cuadro 1. Dimensiones de la Escala de Requisitos de Autocuidado

Dimensión	Requisito de autocuidado	Ítems que la conforman	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Primera	I, II Y III. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.	1, 2, 3,4 ,5 y 6.	6	30
Segunda	IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.	7 y 8	2	10
Tercera	V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	9, 10, 11, 12,13 y 14	6	30
Cuarta	VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	15,16 y 17	3	15
Quinta	VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29	12	60
Sexta	VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	30, 31, 32, 33, 34 y 35	6	30
Escala total		35 ítems	35	175

La puntuación total de ERA (Roldan, 2011), según lo establecido por el autor, es la suma de las diversas puntuaciones de los ítems, por lo que se obtiene una calificación máxima de 175 puntos y una mínima de 35. De acuerdo a lo propuesto por el autor, un puntaje alto indica un déficit de autocuidado, mientras uno menor señala la ausencia de déficit, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del autocuidado según la Escala ERA (Roldan, 2011)

Autocuidado	Puntuación
Ausencia de déficit	35-105
Déficit total	106-175

Para medir el nivel de conocimientos se utilizó la encuesta denominada “Conocimientos sobre la prevención de cáncer de mama” elaborada por Sánchez y otros colaboradores (2016). Cuya confiabilidad se realizó mediante test-retest ($=0,917$).

Este instrumento consta de 22 ítems cada uno de ellos con opción de respuesta tipo Likert con las siguientes aseveraciones: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo a la cuales se les otorgó un valor de 0 a 3, por lo que la puntuación mínima es de 0 lo que indica un nivel deficiente de conocimientos y una puntuación máxima de 66, que hace referencia a un nivel elevado. Su clasificación de muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Clasificación del nivel de conocimientos sobre cáncer de mama

Nivel de conocimientos	Puntuación
Malo	Igual o menor a 22 puntos
Regular	23-44 puntos
Bueno	Igual o mayor a 45 puntos

Para medir la efectividad del programa educativo se utilizó el modelo de Stufflebeam (García, 2010), el diagrama se presenta en la figura 3. Está enfocado a evaluar el objetivo, fundamentación, contexto, aplicación, recursos y resultados de un proyecto, este prototipo integral se conforma de cuatro fases con la finalidad de conocer el perfeccionamiento de los diversos programas diseñados y se definen como se presenta a continuación:

Fase de contexto: evalúa la población de estudio, las necesidades y las oportunidades predecibles para otorgar un diagnóstico y evaluar si los objetivos planteados son acordes a la problemática identificada. Esta fase responde a la pregunta ¿qué se requiere implementar?

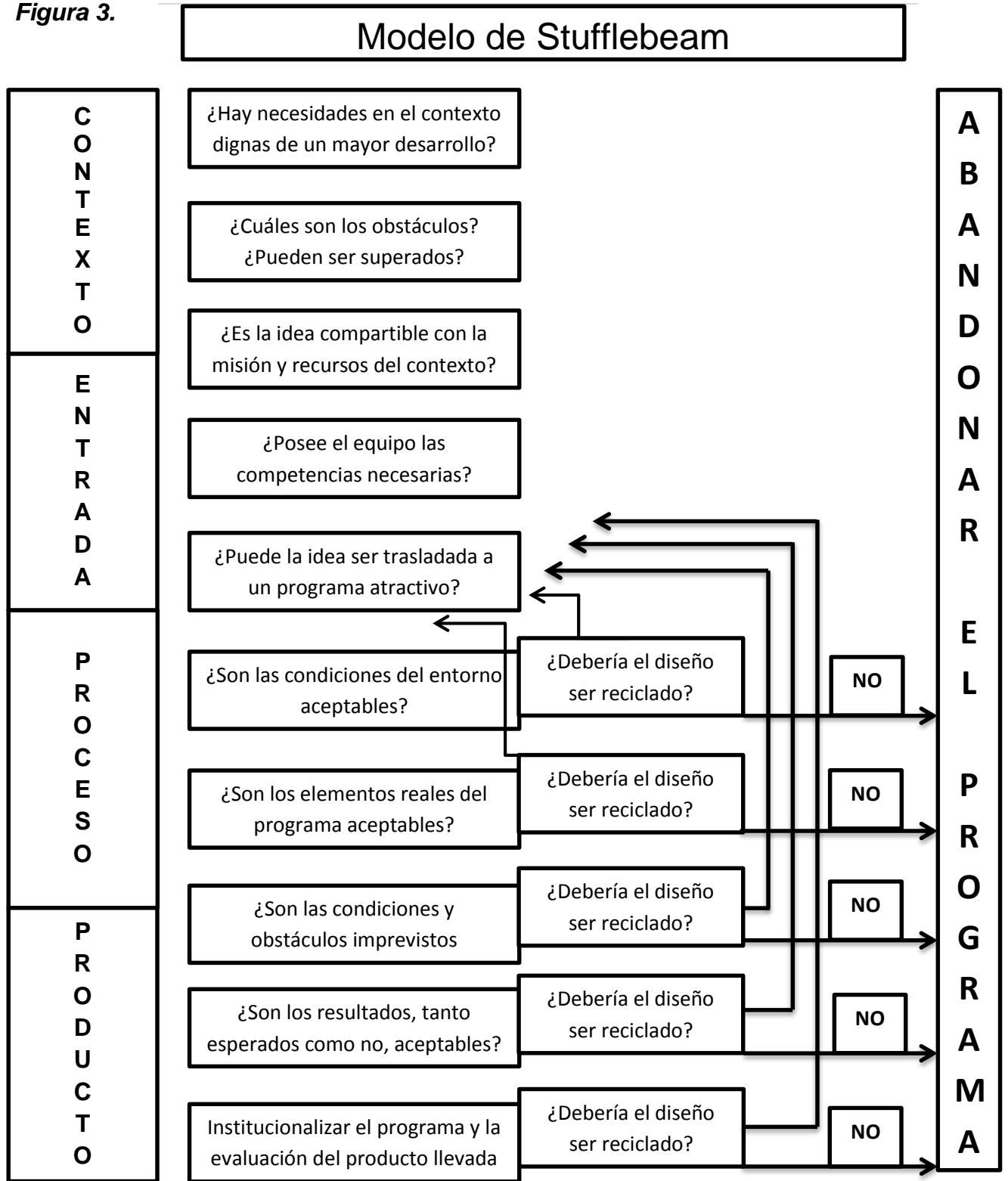
Fase de diseño: evalúa las estrategias plasmadas en el programa, la planificación y los recursos con los que se cuenta para su implementación, responde a la pregunta ¿es factible su realización?

Fase de evaluación del proceso: su finalidad es modificar las imperfecciones detectadas durante la aplicación del programa para perfeccionar las actividades plasmadas.

Fase de evaluación del producto: consiste en la evaluación de los resultados y relacionarlos con el cumplimiento del objetivo.

Para corroborar la fiabilidad de los instrumentos, se empleó la prueba piloto, según Burgos y otros autores (2017), deberá ejecutarse en grupos pequeños, con características similares a la población de estudio, por ello se realizó en 30 usuarias en edad reproductiva, del servicio de ginecología del Hospital Comunitario de Moroleón, con el objetivo de identificar los errores más frecuentes durante la colecta de datos, la principal deficiencia fue la falta de comprensión al puntaje del instrumento ERA, puesto que a mayor calificación, más déficit de autocuidado; para atender los hallazgos en la aplicación de la prueba piloto, se diseñó un instructivo de respuesta para facilitar el llenado de la encuesta. Los resultados se muestran en el apéndice 6.

Figura 3.



Fuente: Diagrama del desarrollo de un programa y la evaluación CIPP (adaptado por Sanz (1996) de Rodgers (1979:223).

6.8. Diseño del programa educativo

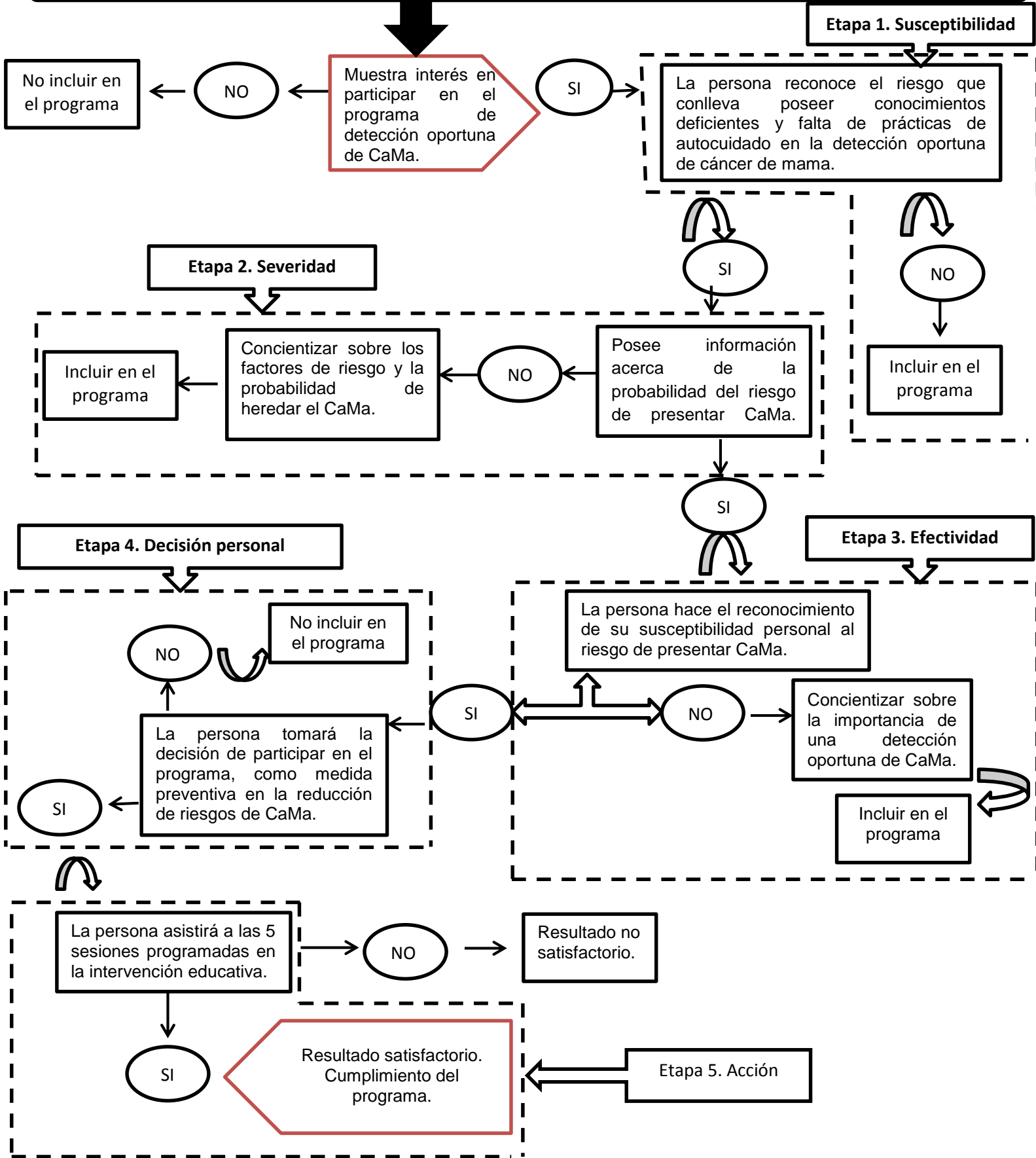
El programa fue diseñado de acuerdo a lo establecido por el modelo de adopción de precauciones (Weinstein, 1988). El autor refiere que la adquisición de una conducta saludable se da en 5 etapas determinadas por la percepción que el sujeto tiene acerca de la severidad de un riesgo (Flórez, 2015). Este modelo cognoscitivo, para el presente trabajo se adaptó de manera que pudiera implementarse como una intervención educativa enfocada al fomento de conocimientos y prácticas de autocuidado, con el objetivo de contribuir por medio de ello en la detección oportuna de cáncer de mama.

La intervención se fundamenta en el método de Vygotsky (Chávez, 2001), un modelo constructivista-social y en el modelo cognitivo-conductual, terapia que comprende técnicas, terapias y procedimientos que le permiten realizar estrategias para la adaptación al entorno, la estructura completa se muestra en el apéndice 7.

El modelo de Weinstein (1988), adaptado para este caso, se definió como sigue: En la primera etapa designada susceptibilidad, la usuaria conoce el riesgo de presentar cáncer de mama. En la segunda etapa, denominada severidad, la persona posee la información acerca del riesgo que implica el CaMa y cómo repercute en los demás individuos. En la tercera etapa de efectividad, la mujer reconoce que es susceptible al riesgo de presentar CaMa. En la cuarta se establece la decisión personal, donde se efectúan o no conductas para disminuir los riesgos; finalmente en la quinta etapa se determina si se realiza o no la acción de prevención para la detección oportuna de CaMa, tal como se muestra en la Figura 4.

Figura 4.

Modelo de adopción de precauciones (Weinstein, 1988). Adaptado por Ramírez & García (2018).



Fuente: Weinstein, 1988.

6.9. Procedimiento: se realizó en seis fases con la finalidad de establecer un control. Fue aprobado por la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y por el Comité de Investigación del Hospital Comunitario de Moroleón. Asimismo se contó con el permiso de la jefa de enseñanza para disponer del aula en la cual se ejecutaron las sesiones del programa.

Fase 1. Reclutamiento

En la presente fase se entregó a las mujeres en edad reproductiva que cumplieron con los criterios de inclusión, una invitación para ser parte del programa educativo, se explicó el objetivo, los beneficios y riesgos de participar, se recolectaron sus datos y número telefónico, se realizó la conquista de las participantes para posteriormente notificarles el inicio de las sesiones.

Fase 2. Medición inicial

Una vez conformada la muestra, se dio inicio a la primera sesión, se realizó la presentación de las participantes a través de la actividad rompe hielos, se les pidió contestar dos cuestionarios con la finalidad de llevar a cabo la primera medición e identificar el nivel de conocimientos y autocuidado previo a la intervención, se les proporcionó un instructivo que les fue útil como guía para resolver los instrumentos, en todo momento el investigador y encuestadores permanecieron con las usuarias para la resolución de dudas, posteriormente se impartió el tema generalidades del cáncer de mama y autocuidado, por parte de la Licenciada en Enfermería Karina Moreno Ruiz. Previo a ello se les pidió firmar el consentimiento informado con el cual aceptaron participar en el estudio.

Fase 3. Segunda Sesión

En la segunda sesión se realizó una reflexión sobre el tema de cáncer de mama y la importancia de una detección oportuna, se pidió a las usuarias relatar una carta imaginando que son ellas quienes padecen dicha malignidad, posteriormente explicaron cómo se sintieron con la dinámica y para finalizar se ejecutó una técnica de relajación.

Fase 4. Tercera sesión

Durante la tercera sesión se habló sobre los métodos de detección temprana para el cáncer de mama y se pidió a las participantes elaborar un cartel sobre el tema. Esto con la finalidad de que identificaran los principales signos de alarma que indican la presencia de alguna alteración en su cuerpo y con ello realizar un diagnóstico oportuno.

Fase 5. Cuarta sesión

En la cuarta sesión se dio a conocer la técnica correcta de autoexploración mamaria, se implementó un taller en el cual las participantes practicaron el método mencionado, se les proporcionó un maniquí para que realizaran la actividad y explicaran los pasos y los principales signos a detectar, de dicha manera se incrementó el conocimiento de las participantes y se fomentó la realización de prácticas de autocuidado como medida preventiva.

Fase 6. Medición final

En la última sesión se proporcionó información sobre las diversas prácticas de autocuidado, según lo establecido por la teoría de Dorothea Orem. En la presente fase se realizó una segunda medición, aplicando los dos cuestionarios, con el objetivo de determinar si el programa generó algún impacto. Se realizaron 5 sesiones para la intervención educativa, cada sesión de 2 horas, en día domingo.

Los encuestadores seleccionados fueron estudiantes de la licenciatura en Enfermería y licenciados en Enfermería, con previa capacitación en colecta de datos, esto con la finalidad de evitar sesgo.

Para garantizar la calidad de la investigación y mantener la validez interna del estudio, se realizaron las siguientes estrategias.

- Para evitar el sesgo de reducción de sujetos y la tasa de rechazo, se aumentó la muestra en un 30 %.
- Para evitar el sesgo de monooperación se utilizaron la Escala de Requisitos de Autocuidado y el cuestionario conocimientos sobre cáncer de mama, además, para evaluar el programa se emplearon dos modelos, el de Stufflebeam y el de adopción de precauciones.
- Para garantizar el Efecto Rosenthal, es decir, la expectativa que tiene el investigador respecto al éxito de su estudio, los instrumentos fueron aplicados por encuestadores previamente capacitados, esto para garantizar la veracidad de la información (Grove, Gray & Burns, 2016).

Asimismo, con el fin de garantizar el control durante el proceso de la investigación se aplicaron las escalas en un momento oportuno, en un entorno favorable, las capacitaciones se realizaron en domingo, día determinado por la mayoría de las participantes, se verificó el contenido y extensión de los instrumentos para garantizar la comprensión de los mismos y durante su aplicación el investigador y encuestadores estuvieron presentes para la resolución de dudas.

6.10. Análisis estadístico: se identificó a toda usuaria establecida en los criterios de inclusión para conformar la muestra. Para el análisis de las variables sociodemográficas se empleó estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas numéricas se utilizaron medidas de tendencia central (moda, media y mediana), para las variables discretas se usó frecuencias absolutas y porcentajes, para las variables de estudio autocuidado y conocimiento se empleó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

Para determinar el efecto de la intervención se utilizó el modelo de adopción de precauciones y el modelo de Stufflebeam, los cuales permitieron determinar si la aplicación del programa fue oportuna.

Antes de iniciar la primera sesión se realizó una primera medición a todas las participantes y al finalizar la última sesión se ejecutó una segunda medición para determinar si el programa generó un cambio.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a realizar el vaciado de los mismos al programa SPSS. Finalmente se realizó la interpretación mediante gráficas que expresaron los porcentajes del nivel de autocuidado en sus diversas dimensiones y el nivel de conocimientos respecto al cáncer de mama.

Prueba estadística: para verificar la confiabilidad se empleó Alfa de Cronbach y finalmente se efectuó la prueba Wilcoxon (Navarro, 2017); se llevó a cabo una medición previa y una posterior a la ejecución del programa, las mediciones fueron aplicadas en el mismo grupo y se logró identificar las diferencias y comprobación de hipótesis, siendo esta según lo propuesto por el autor, la prueba ideal para el análisis estadístico por tratarse de una muestra no paramétrica.

Límites y espacio: la presente investigación se llevó a cabo en un hospital materno-infantil, en Moroleón, Guanajuato.

6.11. Difusión: el protocolo se presentó en el primer congreso internacional de la Facultad de Enfermería, donde se obtuvo el primer lugar, además se obtuvo el segundo lugar en el Foro Estatal de Investigación del Estado de Guanajuato, en la categoría ciencia aplicada y se pretende implementar el programa en las diversas dependencias del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG).

VII. Consideraciones éticas y legales

El presente trabajo, con el fin de asegurar la transparencia de esta investigación se realizó con estricto apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 (Secretaría de Salud, 2013), para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud, código de ética para las y los enfermeros de México (Sanromán, et al; 2015), con el objetivo de garantizar una formación basada en fundamentos científicos, humanísticos y éticos. Asimismo, tuvo sustento en la Ley General de Salud en materia de investigación (Reglamento General de la Ley General de Salud), Declaración de Helsinki e informe de Belmont (Quesada, 2013).

Se afirma completamente la confidencialidad de los datos proporcionados por las participantes, haciendo énfasis en el respeto a la privacidad de la información y anonimato de la misma. Por ello, es necesario el apego a las normas y leyes que garanticen los principios bioéticos de las usuarias, es decir, la autonomía, autodeterminación, privacidad, anonimato y confidencialidad.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 (Secretaría de Salud, 2013), en el apartado de prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares, párrafo 6.6 se resalta la importancia de las actividades específicas de los profesionales, entre ellas la investigación.

Según el código de ética para las y los enfermeros en México (Sanromán, et al; 2015), en el capítulo primero de las Disposiciones Generales establece la conducta de la enfermera y la relación que tiene con la institución y usuarios que requieran cuidados específicos. En el artículo vigésimo cuarto, refiere que el profesional debe poseer habilidades y competencias que contribuyan al desarrollo de la profesión, a través de la investigación.

De acuerdo a lo establecido en el informe de Belmont (Quesada, 2013), se deben respetar los principios éticos; todo individuo es tratado como un ser autónomo, tomando en cuenta sus opiniones y juicios. Del mismo modo, se asegura el bienestar de la persona, tomando en cuenta el principio de beneficencia, el cual hace hincapié en la relevancia de proporcionar mayores beneficios y daños mínimos.

Otro de los principios a considerar es la justicia; los sujetos de estudio obtienen los mismos beneficios, son tratados de igual manera sin distinción de raza, creencias y religión.

En el informe de Belmont (Quesada, 2013), se decreta la magnitud del consentimiento informado, este contiene tres elementos esenciales, la información proporcionada es clara y precisa, el sujeto de investigación firma de manera voluntaria y existe comprensión acerca de los fines del estudio. El individuo conoce los beneficios y posibles riesgos del estudio y puede retirarse en el momento que lo desee.

Tal como lo refiere la Ley General de Salud en materia de investigación, en toda persona sujeta a indagación se garantiza la dignidad y el bienestar, en el artículo tercero se sustenta la importancia de inquirir en la prevención y control de problemas de salud. En el apartado de aspectos éticos de la investigación en seres humanos, el artículo 13 refiere que el deber del investigador es respetar la dignidad, proteger los derechos y bienestar de los sujetos participantes.

La protección de la privacidad del individuo se especifica en el artículo 16, la investigación se clasifica en tres tipos, aquella que no presenta riesgos, con riesgos mínimos y finalmente la investigación con riesgo mayor, donde las probabilidades de afectar a los participantes son altas, estas clasificaciones se encuentran establecidas en el artículo 17.

El consentimiento informado se expresa de manera clara y precisa tal como lo refiere el artículo 20 y 21, de tal forma que el participante comprenda el contenido, incluye justificación, objetivo, posibles riesgos y beneficios, libertad de retirarse en el momento que el sujeto participante lo decida, la seguridad en relación a la confidencialidad de los datos y aclaración de dudas durante la investigación. Además, el comité de ética e investigación de la institución de salud aprobó y revisó el contenido, tal como lo establece el artículo 22.

En el Capítulo IV de la investigación en mujeres en edad fértil, el artículo 40 establece en el apartado I que la edad fértil da inicio en la pubertad y finaliza en la menopausia.

En el artículo 109 se establece la participación del comité de ética para revisar los riesgos y beneficios de los estudios y garantizar que se respeten en todo momento los derechos de los participantes. Las autoridades de la Institución de Salud donde se realice la investigación deben mantener la confidencialidad de los datos proporcionados por el investigador, salvaguardando la identidad de los participantes, de acuerdo a lo mencionado en el artículo 112.

En la declaración de Helsinki (Quesada, 2013), de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas, se establece que es necesario tomar precauciones para mantener la confidencialidad de los datos de toda persona que participe en un estudio de investigación, respetando la intimidad de la misma. Es obligación del investigador proporcionar información a los participantes sobre los resultados obtenidos.

Establece que es deber del investigador proteger la salud, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información proporcionada por los sujetos de estudio.

Por lo mencionado, el presente estudio se justificó y fueron respetados los derechos, seguridad e identificación de los sujetos participantes, asegurando que los riesgos fueran mínimos.

VIII. Resultados

Para dar respuesta al objetivo uno de la presente investigación, describir las características sociodemográficas de la población de estudio, se empleó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes relativos. Los resultados se presentan en tablas.

Tabla 3.

Edad de las mujeres participantes

Variable	Media	Mediana	Moda	DE	Mínimo	Máximo
Edad	33.39	38.00	40	9.6	16	44

Nota: DE= desviación estándar

Tabla 4.

Variables sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva

Variable	f	%	
Edad			
	15-25	14	25.9
	26-35	9	16.7
	36-44	31	57.4
Escolaridad			
	Primaria	20	37.0
	Secundaria	19	35.2
	Preparatoria	12	22.2
	Universidad	3	5.6
Estado civil			
	Soltera	15	27.8
	Casada	33	61.1
	Viuda	1	1.9
	Divorciada	3	5.6
	Unión libre	2	3.7

Nota: resultados obtenidos de la encuesta aplicada ERA, octubre 2018.

El 57.4 % de las participantes estuvo en rangos de edad entre 36 y 44 años, un 37 % con nivel de estudios de primaria y el 33 % de ellas son casadas (tabla 4).

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de un programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva. Para determinar la fiabilidad de los instrumentos se empleó la prueba estadística Alfa de Cronbach con una muestra de 54 usuarias. Los resultados de ambos instrumentos se presentan en la tabla 5.

Tabla 5.

Consistencia interna de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama

Escala ERA	Alfa de Cronbach
Escala total	.898
Dimensiones	
Primera	.770
Segunda	.771
Tercera	.817
Cuarta	.595
Quinta	.734
Sexta	.625
Escala CCM	
Escala total	.869

Nota: ERA= Escala de Requisitos de Autocuidado, CCM=escala de conocimiento sobre cáncer de mama.

El objetivo dos de la investigación fue identificar el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento en las mujeres en edad reproductiva durante la medición previa y posterior a la intervención, se obtuvo un puntaje total de la escala ERA y escala CCM. Para estos datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, los resultados se presentan en la tabla 6 y 7.

Tabla 6.

Puntaje de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama en la medición previa

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
ERA ^a	91.35	91.50	75.00	46	143	20.149
CCM ^b	37.74	38.00	29.00	03	65	14.946

Nota: ^a=Escala de Requisitos de Autocuidado, ^b= Conocimiento sobre cáncer de mama

Tabla 7.

Puntaje de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama en la medición posterior a la intervención

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
ERA ^a	62.01	58.50	40.00	37	109	20.585
CCM ^b	62.31	64.00	65.00	50	66	4.106

Nota: ^a=Escala de Requisitos de Autocuidado, ^b= Conocimiento sobre cáncer de mama

Para clasificar el puntaje obtenido de las escalas se utilizó la misma clasificación que proponen los autores; ausencia de déficit de 30-105 puntos y de 106-175 déficit total. Conocimiento: malo de 0 a 22 puntos; regular de 23-44 y bueno de 45 a 66 puntos.

Se utilizó estadística descriptiva para conocer las puntuaciones finales de las escalas, los resultados se presentan en tablas.

Tabla 8.
Resultados previos de la Escala de Requisitos de Autocuidado

Déficit de autocuidado	F	%
Escala total		
Ausencia de déficit	46	85.2
Déficit Total	8	14.8
Dimensiones		
Aporte de aire		
Ausencia de déficit	34	63.0
Déficit Total	20	37.0
Proceso de eliminación		
Ausencia de déficit	17	31.5
Déficit Total	37	68.5
Actividad y reposo		
Ausencia de déficit	44	81.5
Déficit Total	10	18.5
Soledad		
Ausencia de déficit	44	81.5
Déficit Total	10	18.5
Peligros para la vida		
Ausencia de déficit	46	85.2
Déficit Total	8	14.8
Desarrollo humano		
Ausencia de déficit	42	77.8
Déficit Total	12	22.2

Los resultados obtenidos de la Escala de Requisitos de Autocuidado muestran que un 85.2 % de los participantes presentan ausencia de déficit, mientras que un 14.8 % refiere déficit total (tabla 8).

Tabla 9.

Resultados previos de la Escala Conocimientos sobre cáncer de mama.

Conocimiento	F	%
Malo	7	13.0
Regular	26	48.1
Bueno	21	38.9

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje

De acuerdo a la clasificación de la escala de conocimientos sobre cáncer de mama, en los presentes resultados se obtuvo un 48.1 % en el indicador conocimientos regulares mientras que 13 % posee conocimientos malos (tabla 7).

Tabla 10.

Resultados de la Escala de Requisitos de Autocuidado, posteriores a la intervención y de acuerdo a las dimensiones del instrumento.

Déficit de autocuidado	F	%
Escala total		
Ausencia de déficit	53	98.1
Déficit Total	1	1.9
Dimensiones		
Aporte de aire		
Ausencia de déficit	48	88.9
Déficit Total	6	11.1
Proceso de eliminación		
Ausencia de déficit	41	75.9
Déficit Total	13	24.1
Actividad y reposo		
Ausencia de déficit	50	92.6
Déficit Total	4	7.4
Soledad		
Ausencia de déficit	50	92.6
Déficit Total	4	7.4
Peligros para la vida		
Ausencia de déficit	52	96.3
Déficit Total	2	3.7
Desarrollo humano		
Ausencia de déficit	52	96.3
Déficit Total	02	3.7

Los resultados obtenidos de la Escala de Requisitos de Autocuidado muestran que posterior a la intervención, un 98.1 % de los participantes presentó ausencia de déficit, solamente el 1.9 % déficit total (tabla 8).

Tabla 11.

Resultados de la Escala Conocimientos sobre cáncer de mama, posteriores a la intervención.

Conocimiento	F	%
Malo	0	0.0
Regular	0	0.0
Bueno	54	100

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje

De acuerdo a la clasificación de la escala de conocimientos sobre cáncer de mama, en los presentes resultados se obtuvo un 100 % en el indicador conocimientos buenos (tabla 9).

Tabla 12.

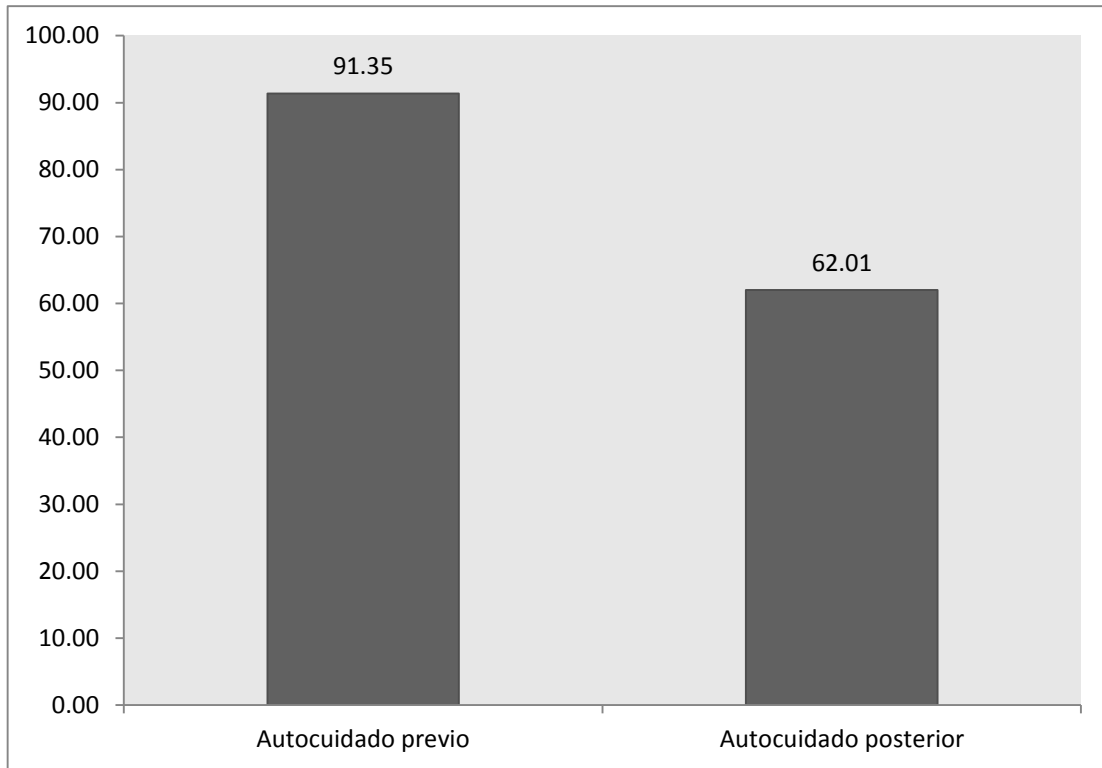
Resultados de la ausencia de déficit por dimensiones de la Escala de Requisitos de Autocuidado pre y post intervención.

Déficit de autocuidado		%Pre	%Post	≠
Escala total				
	Ausencia de déficit	85.2	98.1	13
Dimensiones				
Aporte de aire	Ausencia de déficit	63	88.9	26
Proceso de eliminación	Ausencia de déficit	31.5	75.9	45
Actividad y reposo	Ausencia de déficit	81.5	92.6	12
Soledad	Ausencia de déficit	81.5	92.6	12
Peligros para la vida	Ausencia de déficit	85.2	96.3	12
Desarrollo humano	Ausencia de déficit	77.8	96.3	19

Los puntajes obtenidos de la Escala de Requisitos de Autocuidado muestran resultados positivos en ausencia de déficit para la intervención post con diferencias significativas, mínima de 12 % y máxima de 45 %, en sus 6 dimensiones, para la escala total una diferencia de 13 % (tabla 10).

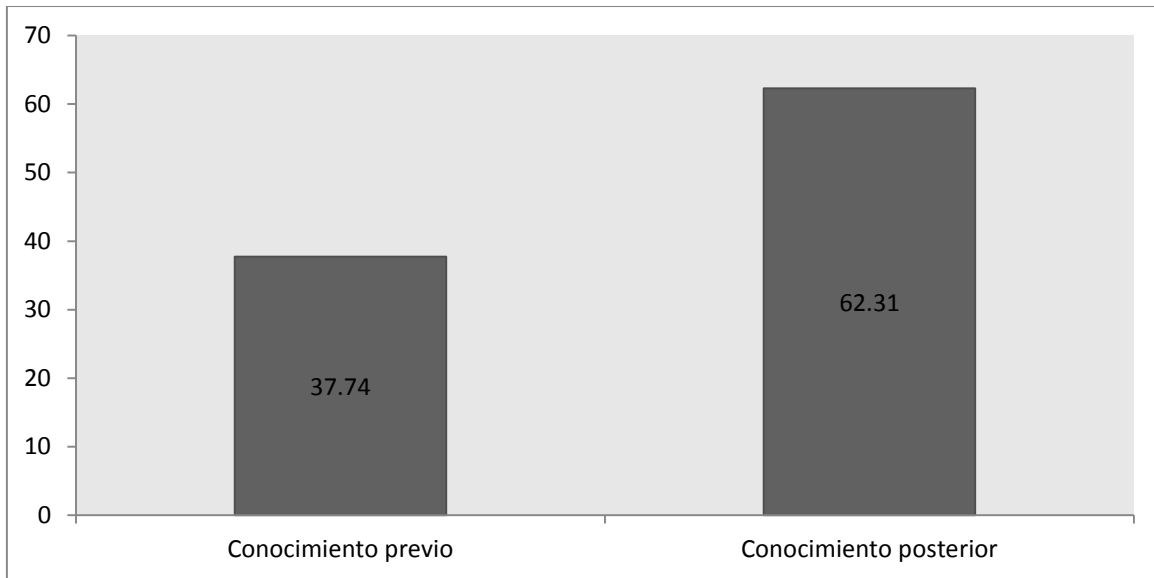
Resultados de las pruebas estadísticas

Figura 5. Promedio de las mediciones PRE y POST intervención, de la variable autocuidado.



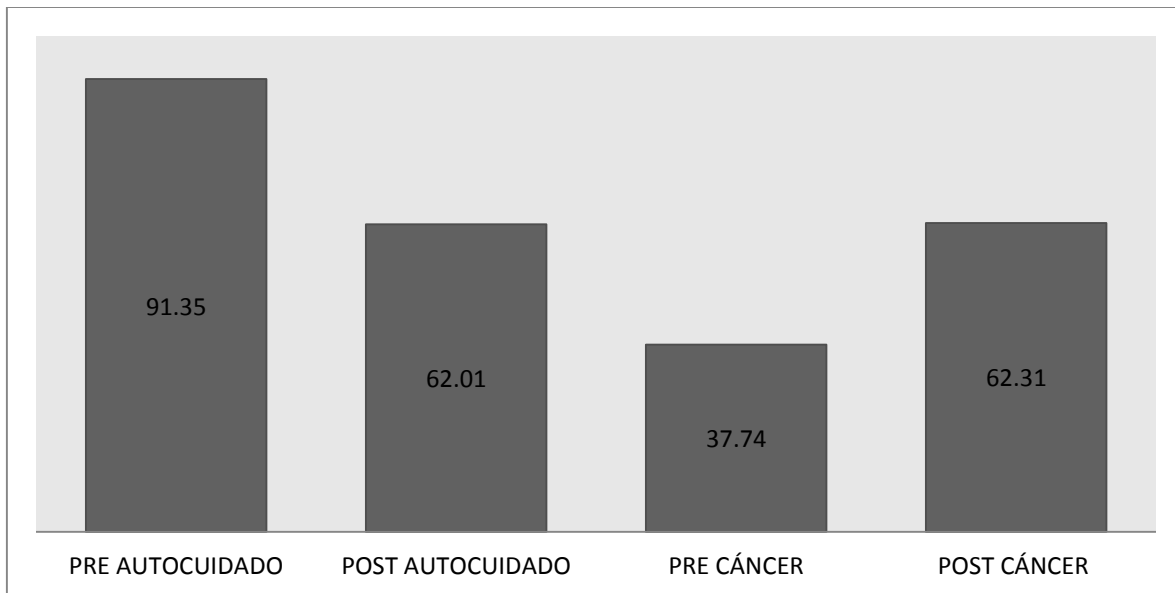
De acuerdo con el análisis de datos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable autocuidado. En la primera medición ($\bar{x} = 91.35$), comparado con la segunda medición ($\bar{x} = 62.01$). Es decir, el autocuidado disminuyó, a mayor puntaje, menor ausencia de déficit, según la clasificación que establece el autor del instrumento ERA.

Figura 6. Promedio de las mediciones PRE y POST intervención, de la variable conocimiento.



De acuerdo con el análisis de datos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable conocimiento del grupo bajo estudio. En la primera medición ($\bar{x} = 37.74$), comparado con la segunda medición ($\bar{x} = 62.31$).

Figura 7. Diferencias en el grupo de estudio, previo y posterior a la intervención.



De acuerdo con el análisis de datos, mediante la prueba WILCOXON, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables del grupo de estudio. Se obtuvo una significancia de 0.000 para la variable autocuidado y de 0.000 para la variable conocimiento, por lo que se observa en las primeras barras una mayor alteración en la primera medición ($\bar{x} = 91.35$), comparado con la segunda medición ($\bar{x} = 62.01$) después de llevar a cabo la intervención, mientras que para la variable conocimiento se obtiene en la primera medición ($\bar{x} = 37.74$) y en la segunda medición ($\bar{x} = 62.31$).

Tabla 13. Resultados de la evaluación del programa con el modelo de Stufflebeam

Objetivos del programa	Claros, precisos y medibles	Cumplimiento del objetivo general de un 83 %
Componentes del programa	Cinco cartas descriptivas implementadas en 5 sesiones. Actividades con impacto.	Cumplimiento del 83 % al acudir un total de 54 usuarias a todas las sesiones.
Consecuencias negativas generadas	No se generan consecuencias negativas durante la ejecución del programa.	
Recursos disponibles	Se proporciona a las participantes los recursos requeridos para la realización de las actividades propuestas.	
Recursos humanos	Estudiantes y licenciados en enfermería capacitados en el tema.	

IX. Discusión de resultados

En el presente estudio, las participantes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, aunado a la intervención educativa impartida por el profesional de enfermería, esto repercutió en la toma de decisiones de la mujer para ejecutar prácticas de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama, entre ellas, la técnica de autoexploración mamaria, la sub-teoría de los sistemas de enfermería, propuesta por Dorothea Orem, refiere que el apoyo educativo es esencial como conducta de prevención y promoción de la salud, este sistema actúa como acción específica en la transmisión de conocimiento del profesional al usuario, con la finalidad de generar mayor aporte de cultura y sabiduría (Naranjo, 2017).

En la teoría de Dorothea Orem (2017), se establece la importancia de considerar los factores condicionantes básicos y el entorno en que se desarrolla la persona para determinar el riesgo de presentar un déficit de autocuidado, asimismo, la teoría de Vygotsky (2001), hace hincapié en que los determinantes sociales influyen en un aprendizaje óptimo; para construir el conocimiento es necesario considerar el contexto social y finalmente la terapia cognitivo-conductual menciona las costumbres y creencias como aspectos fundamentales en la adopción de conductas saludables, de manera que el programa de fundamenta en las teorías mencionadas, se respetó en todo momento el nivel educativo y socioeconómico de las participantes, la intervención se ejecutó en un entorno adecuado, se capacitó, orientó y concientizó a la mujer sobre la realización de prácticas de autocuidado para la detección temprana de anomalías en su cuerpo.

Es importante promover estrategias educativas en el área de Enfermería, Dorothea Orem (2017) hace énfasis en la participación de los profesionales de la salud dentro del sistema educativo, enfocado a la promoción y mantenimiento del estado de salud a través de conductas saludables, donde el profesional proporciona el conocimiento y explica los distintos fenómenos relacionados con la salud-enfermedad.

En la mayoría de las instituciones de salud, existe una deficiencia en la difusión de programas educativos, la promoción y prevención son de las funciones que se dejan en último plano por parte de los profesionales en enfermería, en el presente estudio se detectó que son pocas las mujeres en edad reproductiva que acuden a revisión para una detección oportuna de cáncer de mama aunado a la deficiencia de conocimiento que poseen, Sánchez y otros colaboradores (2016), manifiestan que la mayoría acude a solicitar un servicio cuando presentan nódulos mamarios en estadios avanzados, con ello se sustenta la importancia de la aplicación de programas que inciten a la adquisición de conocimiento y fomenten el autocuidado como una práctica preventiva.

En los resultados del presente estudio, la mayoría de las participantes realizan prácticas de autocuidado, sin embargo desconocen la técnica de autoexploración mamaria; López y otros colaboradores (2014) refieren la importancia de implementar prácticas de autocuidado de bajo costo, de manera que la mujer las pueda realizar de forma constante; la autoexploración fue considerada la ideal en la detección oportuna de alteraciones negativas en el cuerpo de la mujer.

Conforme a los resultados alcanzados de acuerdo a la presente investigación, en comparación con otros países, en México existe una deficiencia de programas educativos

que fomenten prácticas de autocuidado, Sánchez y otros colaboradores (2015), manifiestan que en América Latina y el Caribe, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas, de modo que se realiza la implementación de intervenciones que fomentan el conocimiento y el autocuidado como conducta de prevención.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la escala ERA, la mayoría de las participantes presentaron ausencia de déficit en la evaluación previa, sin embargo, en la posterior, solamente una persona presentó déficit. Para la dimensión uno, denominada aporte de aire, se logró un incremento significativo, puesto que de la mitad de participantes con ausencia de déficit, se amplió a una tercera parte. En la dimensión proceso de eliminación, más de la mitad presentaron un déficit total, esta dimensión fue la que expresó mayor puntuación en afección, probablemente asociado al estilo de vida; Grajales y otros autores (2014), refieren que factores como el consumo de alcohol y sustancias tóxicas, la genética y la ingesta calórica mayor a la requerida, influyen en la presencia de CaMa. Cuenca y otros colaboradores (2013), mencionan la edad, tabaquismo, menarquía precoz, menopausia tardía, exposición prolongada a productos tóxicos y consumo de pastillas anticonceptivas como determinantes en la aparición de neoplasias, sin embargo, la presencia de factores de riesgo en la población de estudio es imperceptible.

Para la dimensión actividad y reposo, de una tercera parte que presentaron ausencia de déficit, se logró un incremento casi en su totalidad de autocuidado, con un cumplimiento satisfactorio. Para la dimensión peligros para la vida, se obtuvo un déficit inicial en 8 usuarias. Finalmente, para la dimensión desarrollo humano, de una cuarta parte con déficit, se disminuyó a una minoría de 2 personas. Orem propone la realización de

actividad física como conducta esencial para mejorar el bienestar del individuo y plasma que todo requisito de autocuidado universal, es común para todas las personas, asimismo, un entorno adecuado será de utilidad para la ejecución de prácticas de autocuidado.

Para las variables sociodemográficas, la media de edad se encontró entre los 36 y 44 años, de estas, la mayoría con un nivel educativo bajo (primaria y secundaria), únicamente una minoría con escolaridad de licenciatura, el estado civil predominante fueron las mujeres casadas. Rodríguez y otros colaboradores (2013) expresan que la edad ideal para fomentar intervenciones educativas respecto al cáncer de mama, oscila entre los 20 y 64 años. Castillo y otros autores (2015) manejan un rango de edad entre los 30 y 69, mientras que Cruz & García (2016), rigen una edad entre los 20 y 55. Para este estudio, se respetó en todo momento la edad ideal para la ejecución de intervenciones educativas, según lo estipulado por la literatura, al implementarse en población de 15 a 44 años.

Se logró identificar que no influye el nivel socioeconómico, así como tampoco repercute el aspecto educativo en el nivel de autocuidado que poseen, sin embargo, es necesario crear conciencia sobre la importancia de realizar medidas preventivas que contribuyan en la detección oportuna de cáncer de mama en estadios tempranos; Castillo y otros colaboradores (2016), refieren la implementación de estas conductas en poblaciones vulnerables, quienes tienen menor acceso a la información. Carrillo y otros autores hacen alusión a los conocimientos deficientes que tiene la mujer respecto al CaMa y principalmente a la técnica de autoexploración, mientras que Dornelles (2015), expresa la importancia de la educación e implementación del conocimiento en las instituciones de salud, como herramienta esencial en la promoción y prevención de enfermedades, por lo

que este programa se conjuga con lo expresado al fomentar la autoexploración como conducta de autocuidado para una detección oportuna de neoplasias.

Según los resultados obtenidos en la escala conocimientos sobre cáncer de mama, en la primera medición la media se encontró en conocimientos regulares, mientras que en la medición posterior se incrementó el nivel de conocimiento bueno con un cumplimiento del 100 %. Martínez y otros autores (2016), manifiestan que el déficit de autocuidado se asocia a factores como la falta de información en las mujeres sobre la realización de prácticas de autocuidado, por ello, la implementación de intervenciones educativas de enfermería se convierte en una acción esencial de promoción y prevención en las instituciones de salud, lo que justifica la ejecución del programa.

De acuerdo al análisis estadístico, se encontró una correlación estadísticamente significativa de .000 entre la dimensión peligros para la vida y dimensión desarrollo humano, con un resultado de .705.

Sáenz y otros colaboradores (2015) mencionan que el cáncer de mama es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, lo que representa un peligro en la vida de la mujer, asociado a las estadísticas donde se refiere que una de cada ocho podría desarrollar esta patología en algún momento de su vida. Los resultados de este estudio demuestran que existe interés por parte de la población para acudir a sesiones de capacitación, con la finalidad de adquirir el conocimiento que les será de utilidad para desarrollar habilidades y destrezas en la realización de conductas saludables. Orem (2017), expresa que el déficit ocurre cuando se produce una demanda de cuidado, de manera que los profesionales de enfermería son una herramienta clave en la promoción de acciones

preventivas, por lo cual, la implementación de un programa educativo es una estrategia ideal en las instituciones de salud.

Se encontró una correlación estadísticamente significativa de .000 entre la dimensión 1, aporte de aire y la dimensión 5 peligros para la vida, con un resultado de .612. Campero y otros colaboradores (2014) refieren que la incidencia de cáncer de mama se presenta con mayor frecuencia en países en desarrollo y de bajos ingresos, las poblaciones marginadas, tienen mayor riesgo asociado a la deficiencia de prácticas de autocuidado y falta de información para la realización de las mismas. Los resultados de este estudio muestran que independientemente del nivel socioeconómico, el diseño de programas educativos se puede implementar en poblaciones de bajos recursos, con nivel educativo bajo, puesto que las actividades fueron diseñadas de manera que el participante comprenda y se sensibilice de la importancia que tiene la detección de un cáncer, su repercusión social y sobre todo el daño familiar. El modelo se basó en la teoría de Vygotsky, este autor plantea un paradigma centrado en el desarrollo humano y la historia cultural, donde el aprendizaje en la persona se ve influido por las prácticas sociales.

X. Conclusiones

De acuerdo a los resultados descritos, el programa evaluado mostró efectos favorables en el aumento de conocimiento y autocuidado de la población estudiada. Con la realización del presente estudio, se concluye que a mayor nivel de conocimiento, la mujer podrá desarrollar habilidades y destrezas que le permitan realizar de manera apropiada prácticas de autocuidado; una cognición sustancial produce beneficios y aumento de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno. Los profesionales de la salud deberán centrar un interés primordial en la gestión del cuidado en poblaciones vulnerables. En la actualidad son pocos los profesionales que realmente se adentran a la investigación, gran parte se enfoca únicamente al ámbito hospitalario, sin embargo, se requiere un complemento de ambas directrices así como la actualización constante y diligencia de programas educativos para respaldar con fundamentos científicos, cada una de las acciones realizadas, logrando a través de ello, contribuir al desarrollo de una ciencia basada en la evidencia.

El acceso a la información y la ejecución de una técnica de autoexploración como práctica preventiva, son clave esencial en la detección oportuna de cáncer de mama. Las instituciones de salud juegan un rol importante en la coordinación e implementación de estrategias educativas; capacitación y exigencia al personal de salud en la promoción de programas preventivos que representen un desafío en la previsión y detección oportuna de enfermedades de incidencia elevada, cuyo impacto social repercute de manera negativa en la mujer que la presente. Ante ello, es evidente la necesidad de fomentar conductas de autocuidado como herramienta beneficiosa en el control del CaMa, principalmente en las dependencias de primer y segundo nivel de atención.

Para adquirir independencia y autonomía, se requiere la generación de ideas, que se enfoquen en la prevención y promoción de la salud. Cabe resaltar que el impacto que generó el programa fue significativo, arroja que el interés de las participantes fue primordial en la ejecución del mismo. Se concluye que es necesario contar con mayor productividad en la realización de intervenciones educativas, dado que enfermería se caracteriza por ser una ciencia que requiere habilidades y destrezas pero principalmente producir conocimientos que fundamenten y demuestren que se cuenta con un elevado estatus profesional y social.

XI. Recomendaciones

A partir de la investigación realizada y de los resultados obtenidos, se sugiere gestionar la elaboración y aplicación de programas educativos en las instituciones de salud, enfocados en la transmisión de conocimiento a poblaciones vulnerables; fortaleciendo su capacidad resolutoria ante situaciones no previstas; se recomienda promover en los profesionales de Enfermería la producción y ejecución de estrategias que contribuyan al impulso de prácticas preventivas efectivas, orientadas a la detección oportuna de patologías de alto impacto como el cáncer de mama.

El personal de salud requiere una capacitación continua, capacidad y habilidad de infundir ideas innovadoras, asimismo, necesita poseer aptitudes para el desarrollo de nuevas acciones que motiven a la mujer a participar en la realización de prácticas de autocuidado. Una educación permanente en el ámbito laboral, podrá orientar al diseño de objetivos concretos para la mejora de los servicios de salud, al aumento del aprendizaje de la población y la identificación temprana de problemas y necesidades de la misma, por ello, los trabajadores deberán enfocarse en la gestión de proyectos y actividades centradas en el mejoramiento de la calidad de atención, prevención y control de enfermedades.

Es importante incitar el interés en el personal de las instituciones y aprendices, para la estructuración de nuevas investigaciones relacionadas con la promoción y prevención de enfermedades; esto constituye un proceso esencial para el crecimiento de la ciencia, la cual debe ser exigida ya que sólo a través de ella se logra el

cuestionamiento y análisis de la realidad que permite hacer de la práctica cotidiana un acto de creación humana.

El diseño de programas en enfermería propicia un aumento en el cuerpo de conocimientos, ser una disciplina independiente capaz de consolidar un estatus profesional, generar e innovar con estrategias relevantes que influyan directa e indirectamente en la práctica y el desarrollo científico de la profesión.

XII. Referencias bibliográficas

- Afonso, G. (2017). Cáncer de mama y calidad de vida: una revisión bibliográfica. (Tesis para grado en Enfermería). Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5881/Cancer%20de%20mama%20y%20Calidad%20de%20Vida%20una%20revisi%20bibliografica.pdf?sequence=1>
- Andino, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38-64. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1892/189242405005.pdf>
- Braña, B; Carrera, D; De la Villa, M; Vegas, E; Avanzas, S; & Gracia, M. (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2), 65-75. Disponible en:
file:///C:/Users/user/Downloads/S1130862111002245_S300_es.pdf
- Bustamante, L; Sánchez, C; & Dubón, M. (2015). El autocuidado en el diagnóstico oportuno de enfermedades. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(2), 117-124. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.06.017>
- Burgos, F; & Escalona, E. (2017). Prueba piloto: validación de instrumentos y procedimientos para recopilar data antropométrica con fines ergonómicos. *Ingeniería y sociedad*, 12(1), 31-47. Disponible en:
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/ingenieria/revista/IngenieriaYSociedad/a12n1/art03.pdf>

- Campero, L; Atienzo, E; Marín, E; Salazar, E; Pelcastre, B; & González, G. (2014).
Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con
concentración de población indígena en Morelos. *Salud pública de México*, 56(5),
511-518. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n5/v56n5a18.pdf>
- Castillo, E; Tirado, A; Hernández, L; Bauta, E; & Caraballo, A. (2015). Intervención
educativa sobre cáncer de mama. *Revista Médica Electrónica*. Disponible en:
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-sobre-cancer-de-mama/>
- Castillo, I; Bohórquez, C; Palomino, J; Elles, L; & Montero, L. (2016). Conocimientos,
actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de
Cartagena. *Revista U.D.C.A, divulgación científica*, 19(1), 5-14. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf>
- Carrillo, R; Espinoza, M; Avilez, J; & Osada, J. (2015). Nivel de conocimiento y frecuencia
de autoexamen de mama en alumnos de los primeros años de la carrera de
medicina. *Revista médica Herediana*, 26(4), 209-216. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n4/a02v26n4.pdf>
- Carrera, B; & Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: enfoque sociocultural. *Educere*, 5(1), 41-
44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35601309.pdf>
- Chaves, A. (2001). Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vygotsky.
Educación, 25(2), 59-65. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/440/44025206.pdf>

- Cerezo, M. (2013). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información Psicológica*, 1(106), 17-27.
<http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/126>
- Córdova, S., González, P. & Zavala, M. (2015). Autoexploración mamaria en usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social de Teapa, Tabasco, México. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 53(3), 368-372. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im153s.pdf>
- Cruz, I. & García, M. (2016). Prácticas y agencia de autocuidado, resultados descriptivos en mujeres de 20 a 55 años. *Paraninfo Digital*, 1(25), 1-8. Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n25/437.php>
- Cuenca, C; Despaigne, A. & Beltrán, Y. (2013). Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del centro urbano “José Martí”. *MEDISAN*, 17(9), 1-7. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n9/san05179.pdf>
- Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (2013). 1-9. Disponible en:
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Del Toro, M., Peinado, L. & Díaz, A. (2014). Conocimientos y Prácticas sobre el Autoexamen Mamario en Mujeres de Cartagena De Indias. *Ciencia innovación*

salud, 2(1), 27-32. Disponible en:

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/70>

De la Vara, E; Suárez, L; Ángeles, A; Torres, G; & Lazcano, E. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud pública*, 53(5), 385-393. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n5/a06v53n5.pdf>

Dornelles, C; Santos, P; Oliveira, C; Goldim, R; & Ashton, P. (2015). Conocimiento del cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(1), 90-97. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00090.pdf

Duarte, C. (2015). El cáncer de mama. Desafío mundial. *Revista colombiana de cancerología*, 19(1), 1-2. Disponible en:

file:///C:/Users/user/Downloads/S0123901515000165_S300_es.pdf

Fernández, E; Tapia, M; Sánchez, M; Álvarez, M; & González, S. (2014). Intervención educativa sobre cáncer de mama en mujeres. *Medicina preventiva y salud pública*. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cancer-de-mama-mujeres/7/>

Flórez, L. (2015). Implementación del proceso de adopción de precauciones. *Acta colombiana de psicología*, 1(7), 20-98. Disponible en:

[file:///C:/Users/user/Downloads/629-1732-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/629-1732-1-SM%20(1).pdf)

García, B. (2010). Modelos teóricos e indicadores de evaluación educativa. *Revista Electrónica Sinéctica*, 35(1), 1-21. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/998/99815165002.pdf>

- García, M; Varela, H; Valdés, B; & Peña, M. (2014). Significación del enfoque histórico-cultural de Vygotsky para el tratamiento de las relaciones interdisciplinarias. *Humanidades Médicas*, 14(2), 458-471. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200014
- Gallén, A; Anguas, A. y Germán, C. (2016). Autocuidados y Cuidados Invisibles como Activos de Salud en Atención Primaria. *Paraninfo Digital*, 1(24), 1-8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n24/057.php>
- González, R., González, R. & Nigenda, G. (2013). Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. *Panam Salud Pública*, 33(3), 183-189. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/183-189/es>
- Grajales, E; Cazares, C; Díaz, L. & Alba, V. (2014). Factores de riesgo para el cáncer de mama en México: revisión de estudios en poblaciones mexicanas y México-americanas. *CES Salud Pública*, 5(1), 50-58. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoParaElCancerDeMamaEnMexico-4804771%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoParaElCancerDeMamaEnMexico-4804771%20(1).pdf)
- Grove, S; Gray, J; & Burns, N (2016). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia, 6ta edición. Elsevier, España.
- Guerrero, M. (2015). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión bibliográfica. (Tesis para grado en enfermería). Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1636/1/TFG._Mara_Isabel_Guerrero_Sori_ano.pdf

Hernández, I; González, Y; Heredia, L; Cardoso, A; Conde, M; & Aguilar, S. (2014).

Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mama. *Revista archivo médico de Camagüey*, 15(3), 487-503. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v15n3/amc070311.pdf>

Hernando, C. (2015). La gestión del cuidado. *Revista Enfermería CyL*, 7(2), 61-68.

Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/162-479-1-PB.pdf>

Icaza, G; Núñez, L; & Bugueño, H. (2017). Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. *Revista médica Chile*, 45(1), 106-114.

Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n1/art14.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer. Datos Nacionales. 1-16. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/mujer2017_Nal.pdf

Kern, E. & Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicosociología*, 9(2-3), 453-465. DOI:10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916.

López, S; Castillo, Y; Ávila, M; Cano, L; Ponce, D; & Quevedo, M. (2014). Autocuidado en mujeres en relación a la prevención del cáncer de mama. *Paraninfo digital*, 3(20), 1-15. Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n20/246.php>

Manrique, F; Fernández, A; Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA). *Aquichan*, 9(3), 222-235. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147003>

- Martínez, M; Olivos, M; Gómez, D. & Cruz, P. (2016). Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 142-150. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.04.001>
- Marcos, M; & Tizón, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Revista Gerokomos*, 24(4), 168-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005
- Menéndez, G; Hidalgo, Y; y Mercedes, A. (2011). Acciones instructivas en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(4), 541-550. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin11411.pdf>
- Naranjo, Y; Concepción, J; & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Navarro, P; Ottone, N; Acevedo, C; & Cantín, M. (2017). Pruebas estadísticas utilizadas en revistas odontológicas de la red Scielo. *Avances odontoestomatología*, 33(1), 25-32. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v33n1/original3.pdf>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). Cáncer de mama: prevención y control. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Programa de cáncer. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292%3Acancer-program&catid=1872%3Acancer&Itemid=3904&lang=es

- Ortiz, D. (2015). El constructivismo como teoría y método de enseñanza. *Colección de Filosofía de la Educación*, 19(1), 93-110. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846096005>
- Pereda, M. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurológica*, 10(3), 163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277275497_La_terapia_de_conducta_de_tercera_generacion
- Pérez, G; Álvarez, J; Selva, A; y Pérez, A. (2011). Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. *Medisan*, 15(6), 754-761. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n6/san05611.pdf>
- Perinat, A. (2011). La propuesta socio-cultural de Vygotsky como alternativa a la vía del desarrollo biológico-madurativo y a la corriente espiritualista. *Psychol*, 5(2), 137-145. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n2/v5n2a11.pdf>
- Pina, P; Dos Santos, T. & De Almeida, A. (2014). Autocuidado, la contribución teórica de Orem para la disciplina y profesión de Enfermería. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157-164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Portelles, A; Rodríguez, Y; Fernández, P; Sanz, N; & Oller, J. (2013). Quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama, localmente avanzado. *CCM*, 17(4), 433-442. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n4/ccm03413.pdf>

- Puente, G. (2016). Las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer de mama: una evaluación cualitativa desde la perspectiva de las mujeres en riesgo. (Tesis para grado de maestría). San Luis Potosí, México.
- Prado, L; González, M; Paz, N; & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Quesada, F. (2013). La bioética y los derechos humanos: una perspectiva filosófica sobre la justicia en la investigación científica y experimentación clínica con seres humanos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(2), 1-11. Disponible en:
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n2/art04v30n2.pdf>
- Ramos, Y; Marimón, E; Crespo, C; Junco, B. & Valiente, W. (2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Revista Ciencias Médicas*, 19(4), 619-629. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n4/rpr06415.pdf>
- Rangel, Y. (2014). Prácticas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres parejas de migrantes internacionales de San Luis Potosí. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.11>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 768-776. Disponible en:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/63.pdf>

- Roldán, J. (2011). Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem. (Tesis doctoral). Disponible en:
http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM_TESIS.pdf
- Rodríguez, O; Pérez, L; Mesa, L; Santos, R; Fanjul, N; & Leyva, M. (2013). Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. *Acta médica del centro*, 7(3), 1-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2013/mec133g.pdf>
- Salinas, A; Juárez, A; Mathiew, A; Guzmán, F; Santos, A; & Escobar, C. (2014). Cáncer de mama en México: tendencia n los últimos 10 años de la incidencia y edad al diagnóstico. *Revista de investigación clínica*, 66(3), 210-217. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn143b.pdf>
- Sáenz, M; Gutiérrez, M; Alvarado, R; Sandoval, A; Camacho, A; y Morgan, L. (2015). Navegación y cáncer de mama: una intervención basada en las pacientes. *Revista costarricense de Salud Pública*, 24(1), 129-136. Disponible en:
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n2/1409-1429-rcsp-24-02-00126.pdf>
- Sánchez, Y; Urdaneta, J; Villalobos, N; Contreras, A; García, J; Zambrano, N; Villalobos, S; y Cepeda, M. (2016). Conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen de mama en mujeres en edad mediana. *Revista Venezolana de Oncología*, 28(1), 37-51. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375643222006>

- Sanromán, R; González, I; & Villa, M. (2015). Los principios éticos y las obligaciones civiles. *Instituto de investigaciones jurídicas*, 48 (152), 313-338. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v48n142/v48n142a9.pdf>
- Santos, A. (2017). Proyecto de intervención educativa de enfermería sobre la autoexploración mamaria impartido a mujeres del municipio de La Victoria de Acentejo. (Tesis para grado en enfermería). Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/5381>
- Serrano, J & Pons, R. (2011). El constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13(1), 1-27. Disponible en: <http://redie.uabc.mx/vol13no1/contenido-serranopons.html>
- Silverio, A. (2016). Calidad de vida en la mujer con cáncer de mama sometida a mastectomía. (Tesis para grado de maestría). Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38208/3/Alicia%20Silverio.pdf>
- Soto, P; Reynaldos, K; Martínez, D; Jerez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*, 14(1), 79-99. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2684/3407>
- Schneider, J., Bones, K., Calderón, M. & Pizzinato, A. (2016). El autocuidado y apoyo social de mujeres de un proyecto de seguimiento mamográfico en Porto Alegre-Brasil. *Psicooncología*, 13(1), 39-58. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52486.

Schneider, J; Pizzinato, A; & Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de psicología*, 33(2), 439-467. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a08v33n2.pdf>

SSA. México. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/nom/NOM-041-SSA2-2011.pdf>

SSA. México. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

Villarreal, E; Escorcía, V; Martínez, L; Vargas, E; Galicia, L; Cervantes, R, et al. (2014). Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. *Revista Panam Salud Pública*, 35(3), 172-178. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n3/172-178/es>

XIII. Anexos

Anexo 1.- Escala ERA.

Escala de Requisitos de Autocuidado para para evaluar el nivel de autocuidado.

1. Déficit de autocuidado
5. Mayor autocuidado

Nivel de autocuidado	↑ AUTOCUIDADO ↓				
	1	2	3	4	5
1.- La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria.					
2.- Consumo de tabaco.					
3.- ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos?					
4.- ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?					
5.- ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?					
6.- ¿Tiene la persona conocimientos y habilidades suficientes para prepararse comida cuando precisa?					
7.- ¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?					
8.- ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?					
9.- La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable.					
10.- La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable.					
11.- Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.					
12.- Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar.					
13.- Grado de motivación de las actividades fuera del hogar.					
14.- Hábito de sueño-reposo, ¿Tiene la persona dificultades para conciliar el sueño?					

15. Grado de interacción social.					
16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales.					
17. ¿Tiene la persona dificultad para establecer relaciones de amistad o de pareja?					
18. La persona se realiza una higiene adecuada.					
19. Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.					
20. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar ayuda correspondiente.					
21. Grado que se tiene de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico, si procede.					
22. Grado de cumplimiento visitas de seguimiento.					
23. ¿Consume la persona sustancias tóxicas?					
24. ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas?					
25. ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca, té).					
26. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.					
27. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.					
28. La persona siente ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana.					
29. ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?					
30. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente los recursos económicos?					
31. En general, ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles?					
32. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles?					
33. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana?					
34. ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas?					
35. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida?					

Anexo 2.**Encuesta para determinar el conocimiento sobre prevención del Cáncer de mama****1.- El cáncer de mama podría ser mortal dado que lo detecten a tiempo**

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

2.- El cáncer de mama podría aparecer en una mujer luego de haber padecido de uno, en otro lugar del cuerpo

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

3.- El cáncer podría transmitirse (ser hereditario) de familia en familia

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

4.- Las mujeres que se desarrollaron muy jóvenes (ejemplo las niñas que tienen su primera menstruación antes de los 12 años) tienen mayor posibilidad de presentar cáncer de mamas.

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

5.- Las mujeres que presentan la última menstruación muy tardíamente (ejemplo a los 55 años o más) son las que pueden tener más frecuentemente cáncer de mamas.

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

6.- Si una mujer nunca tiene hijos podrían presentar cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

7.- Aquellas mujeres que salen embarazadas tardíamente (ejemplo a los 35 años o más) tienen más posibilidad de presentar el cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

8.- Las pacientes que toman anticonceptivos hormonales (ejemplo la píldora o pastilla anticonceptiva) tienen más probabilidades de tener cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

9.- Si una mujer luego de la menopausia toma hormonas (tratamiento hormonal sustitutivo) podría presentar cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

10.- Las mujeres que se exponen a radiaciones en un futuro podrían tener cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

11.- Las mujeres que han recibido traumatismos en la mama podrían tener cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

12.- Las mujeres que se alimentan con una dieta rica en grasas y colesterol tienen más posibilidades de presentar cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

13.- Las mujeres fumadoras tienen más posibilidad de desarrollar cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

14.- Si una mujer consume frecuentemente alcohol (ejemplo cerveza, whisky, ron) tiene más riesgo de presentar cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

15.- Toda mujer mayor de 35 años debe realizarse una mamografía

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

16.- He escuchado que la mamografía debería ser complementado con un ecograma mamario

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

17.- Considero que el autoexamen de mama es importante para prevenir el cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

18.- Creo que el autoexamen mamario me permitiría detectar a tiempo el cáncer de mama

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

19.- El autoexamen debe ser aplicado todos los meses entre 7-10 días, después del ciclo menstrual

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

20.- Si la mujer no menstrua el autoexamen de las mamas debe realizarse en un día fijo mensualmente

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

21.- El autoexamen de las mamas deben realizarlo todas las mujeres mayores de 20 años

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

22.- El autoexamen de las mamas le permite a la mujer darse cuenta si presenta cambios en sus mamas como diferencias de tamaño, hundimiento en la piel, abultamiento o tumoración

- A) Totalmente en desacuerdo B) En desacuerdo C) De acuerdo D) Totalmente de acuerdo

XIV. Apéndices

Apéndice 1. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Edad	Sociodemográfica	Edad del participante	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad en años cumplidos del participante.	Edad de la persona	Nominal
Escolaridad	Sociodemográfica	Escolaridad del participante	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Grado de estudios del participante.	Sin estudio Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Universidad	Nominal

Autocuidado	Dependiente cuantitativa	1.- Requisitos de autocuidado I, II Y III. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.	Conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su salud.	Práctica de autocuidado de las mujeres en edad reproductiva.	1.- La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria.	<p>1) Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo.</p> <p>2) Es capaz de realizar una gran actividad física presentando ligera fatiga respiratoria.</p> <p>3) Es capaz de realizar una actividad física moderada.</p> <p>4) Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse).</p> <p>5) Es incapaz de realizar actividades de la vida diaria.</p>
					2.- Consumo de tabaco.	<p>Escala nominal</p> <p>1) No consume</p> <p>2) Consume esporádicamente</p> <p>3) Consume menos de 5 cigarrillos al día.</p> <p>4) Consume de 5 a 20.</p> <p>5) Consume más de 20 cigarrillos al día.</p>
					3.- ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos?	<p>Escala nominal</p> <p>1) Siempre bebe entre 1 y 2 litros de agua al día.</p> <p>2) Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros.</p> <p>3) Entre 0.5 y 1 litro.</p>

						<p>4) Casi diariamente bebe más de 3 litros.</p> <p>5) Bebe diariamente más de 3 litros.</p>
					<p>4.- ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?</p>	<p>Escala nominal</p> <p>1) Describe los diferentes grupos de alimentos.</p> <p>2) Clasifica los alimentos y las cantidades recomendadas.</p> <p>3) Clasifica los alimentos y no conoce las cantidades.</p> <p>4) Tiene dificultades para clasificar los alimentos.</p> <p>5) Es incapaz de clasificar los alimentos.</p>
					<p>5.- ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?</p>	<p>Escala nominal</p> <p>1) Adecuada.</p> <p>2) Casi siempre.</p> <p>3) Regularmente.</p> <p>4) Inadecuada.</p> <p>5) Muy inadecuada.</p>
					<p>6.- ¿Tiene la persona conocimientos y habilidades suficientes para prepararse comida?</p>	<p>Escala nominal</p> <p>1) Dispone de conocimientos.</p> <p>2) Sólo tiene conocimientos para preparar un menú.</p>

					cuando precisa?	<ul style="list-style-type: none"> 3) Dispone parcialmente de conocimiento. 4) Poco conocimiento. 5) No dispone de conocimiento.
Autocuidado	Dependiente cuantitativa	2.- Requisitos de autocuidado IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.			7.- ¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?	<p>Escala nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Control de esfínteres. 2) Episodios de incontinencia 3) Ocasionalmente presenta episodios de incontinencia 4) Casi diariamente tiene episodios. 5) Diariamente tiene episodios de incontinencia.
					8.- ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?	<p>Escala nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) No presenta dificultad. 2) Leve molestia durante la defecación. 3) Dificultad para defecar. 4) Dolor al defecar. 5) Distensión abdominal y presencia de hemorroides.

Autocuidado	Dependiente cuantitativa	3.- Requisitos de autocuidado V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.			9.- La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sabe cómo realizar las tareas domésticas. 2) Sabe realizarlas casi todas. 3) Sabe realizar algunas. 4) No sabe realizar casi ninguna. 5) No sabe realizar ninguna.
					10.- La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diariamente. 2) Casi diario. 3) Ocasionalmente. 4) Casi nunca. 5) No realiza.
					11.- Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Realiza fácilmente tareas por iniciativa. 2) Se le tiene que recordar. 3) A menudo se le debe recordar. 4) Siempre se le debe recordar. 5) No realiza.
					12.- Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre las cumple. 2) Casi siempre las cumple. 3) Ocasionalmente las cumple. 4) Casi nunca las cumple.

						5) No las cumple.
					13.- Grado de motivación de las actividades fuera del hogar.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cumple sus actividades. 2) Se le tiene que recordar. 3) Cumple las actividades bajo supervisión. 4) No cumple actividades. 5) No realiza ninguna actividad.
					14.- Hábito de sueño-reposo, ¿Tiene la persona dificultades para conciliar el sueño?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No tiene dificultad. 2) Casi nunca. 3) En ocasiones. 4) Casi siempre. 5) Siempre.
Autocuidado	Dependiente cuantitativa	4.- Requisito de autocuidado VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.			15. Grado de interacción social.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sin dificultad. 2) Con poca dificultad. 3) Moderada dificultad. 4) Con dificultad. 5) Mucha dificultad.
					16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se siente valorado. 2) Se siente comprendido. 3) En algunas ocasiones. 4) Se

						siente incomprendido. 5) No sabe evaluar relaciones.
					17. ¿Tiene la persona dificultad para establecer relaciones de amistad o de pareja?	Escala nominal 1) Mantiene relaciones. 2) Poca dificultad. 3) Mantiene con mucha dificultad. 4) Le cuesta mantenerlas. 5) Evita las relaciones.
Autocuidado	Dependiente cuantitativa	5.- Requisitos de autocuidado VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.			18. La persona se realiza una higiene adecuada.	Escala nominal 1) Diariamente. 2) Casi diario. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					19. Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.	Escala nominal 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					20. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar ayuda correspondiente.	Escala nominal 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.

					21. Grado que se tiene de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico, si procede.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					22. Grado de cumplimiento o visitas de seguimiento.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					23. ¿Consume la persona sustancias tóxicas?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca. 2) Casi nunca. 3) A veces. 4) Casi siempre. 5) siempre.
					24. ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					25. ¿Consume la persona bebidas excitantes? (café, coca, té).	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca. 2) Casi nunca. 3) A veces. 4) Casi siempre. 5) siempre.
					26. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.

					27. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					28. La persona siente ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana.	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La ansiedad no interfiere. 2) Casi nunca interfiere. 3) En algunas ocasiones interfiere. 4) Casi siempre. 5) Siempre.
					29. ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Casi nunca 3) En algunas ocasiones 4) Casi siempre 5) Siempre.
Autocuidado	Dependiente cuantitativa	6.- Requisito de autocuidado VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.			30. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente los recursos económicos ?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					31. En general, ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.

					32. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ninguna. 2) Pocas. 3) Bastantes dificultades. 4) Muchas dificultades. 5) Incapaz de asumir su rol.
					33. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca. 2) Casi nunca. 3) Algunas veces. 4) Casi siempre. 5) Siempre.
					34. ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) A veces. 4) Casi nunca. 5) Nunca.
					35. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida?	<p>Escala nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Muy motivada. 2) Motivada. 3) Poco motivado. 4) Sin motivación. 5) Se niega a realizar cambios.

Nivel de conocimientos sobre cáncer de mama

Variable	Tipo de variable	Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Conocimiento	Dependiente Cuantitativa	Nivel de conocimientos sobre cáncer de mama	Construcción humana que tiene por objetivos comprender, explicar y actuar sobre la realidad. Es una entidad abstracta de un objeto, fenómeno, proceso, realizada con la finalidad de describir, explicar y predecir.	Conocimientos que poseen las mujeres sobre la detección oportuna de cáncer de mama.	1.- El cáncer de mama podría ser mortal dado que lo detecten a tiempo.	Escala nominal A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.
					2.- El cáncer de mama podría aparecer en una mujer luego de haber padecido de uno, en otro lugar del cuerpo.	Escala nominal A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.
					3.- El cáncer podría transmitirse (ser hereditario) de familia en familia.	Escala nominal A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.
					4.- Las mujeres que se desarrollaron muy jóvenes (ejemplo las niñas que tienen su primera menstruación antes de los 12 años) tienen mayor	Escala nominal A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.

					posibilidad de presentar cáncer de mamas.	
					5.- Las mujeres que presentan la última menstruación muy tardíamente (ejemplo a los 55 años o más) son las que pueden tener más frecuentement e cáncer de mamas.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					6.- Si una mujer nunca tiene hijos podrían presentar cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					7.- Aquellas mujeres que salen embarazadas tardíamente (ejemplo a los 35 años o más) tienen más posibilidad de presentar el cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					8.- Las pacientes que toman anticonceptivos hormonales (ejemplo la píldora o pastilla anticonceptiva) tienen más probabilidades de tener cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>

					9.- Si una mujer luego de la menopausia toma hormonas (tratamiento hormonal sustitutivo) podría presentar cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					10.- Las mujeres que se exponen a radiaciones en un futuro podrían tener cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					11.- Las mujeres que han recibido traumatismos en la mama podrían tener cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					12.- Las mujeres que se alimentan con una dieta rica en grasas y colesterol tienen más posibilidades de presentar cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					13.- Las mujeres fumadoras tienen más posibilidad de desarrollar cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					14.- Si una mujer consume frecuentemente alcohol (ejemplo cerveza, whisky, ron)	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>

					tiene más riesgo de presentar cáncer de mama.	
					15.- Toda mujer mayor de 35 años debe realizarse una mamografía.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					16.- He escuchado que la mamografía debería ser complementada o con un ecograma mamario.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					17.- Considero que el autoexamen de mama es importante para prevenir el cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					18.- Creo que el autoexamen mamario me permitiría detectar a tiempo el cáncer de mama.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					19.- El autoexamen debe ser aplicado todos los meses entre 7-10 días, después del ciclo menstrual.	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>
					20.- Si la mujer no menstrua el autoexamen de las mamas debe realizarse en un día fijo mensualmente	<p>Escala nominal</p> <p>A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.</p>

					21.- El autoexamen de las mamas deben realizarlo todas las mujeres mayores de 20 años.	Escala nominal A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.
					22.- El autoexamen de las mamas le permite a la mujer darse cuenta si presenta cambios en sus mamas como diferencias de tamaño, hundimiento en la piel, abultamiento o tumoración.	Escala nominal A) Totalmente en desacuerdo. B) En desacuerdo. C) De acuerdo. D) Totalmente de acuerdo.

Apéndice 3



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Moroleón, Gto. A _____ de _____ del _____.

Por medio de la presente yo: _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Programa **educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mamá en mujeres en edad reproductiva.**

Justificación: El cáncer de mama es una de las primeras causas de muerte, debido a su aumento en los últimos años, se tiene la necesidad de implementar un programa educativo enfocado en la detección oportuna de CA, principalmente en mujeres en edad reproductiva, quienes constituyen una población de riesgo, se estima que cada año se presentan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren cerca de 458 muertes a causa de ello.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de un programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en asistir a 5 sesiones cada una de 2 horas, mismas que se llevarán a cabo en el aula de enseñanza del Hospital Comunitario de Moroleón, asimismo se me realizarán 4 cuestionarios, 2 en la primera sesión y 2 en la última, con la finalidad de determinar el nivel de autocuidado y nivel de conocimientos sobre cáncer de mama.

Posible riesgo y molestias: Se me ha notificado que los riesgos son mínimos por tratarse de un programa educativo.

Posibles beneficios: Los beneficios posibles de participar en este estudio son obtener diversas estrategias y habilidades para realizar prácticas de autocuidado así como la adquisición de conocimientos respecto al cáncer de mama, de manera que logre detectar de manera oportuna anomalías en mi cuerpo, además se me otorgará la oportunidad de que se me realicen la prueba de mastografía de manera gratuita, por parte de la Jurisdicción Sanitaria No. 5.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explicó que se me informará de manera oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así como las recomendaciones necesarias para continuar con las prácticas de autocuidado.

Participación o retiro: He sido informada que puedo retirarme del estudio en el momento que lo decida, sin que ello afecte la atención que recibo en el Hospital Comunitario de Moroleón.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial y se utilizará únicamente para fines de investigación.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme con el investigador responsable: L.E Candy Ramírez Hernández Cel. 4451035414 Correo electrónico: ramirezherandez.c@hotmail.com

Nombre y firma del participante

Investigador responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firme

Apéndice 4. Hoja de colecta de datos

Escala de Requisitos de Autocuidado para para evaluar el nivel de autocuidado.

Estimada participante, me dirijo a usted muy respetuosamente, en la oportunidad de solicitar su valiosa colaboración, para contestar el siguiente instrumento, con la finalidad de conocer el nivel de autocuidado.

Agradezco de antemano su colaboración al respecto.

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Estado Civil: _____

Instrucciones: marca con una X el número que consideres corresponde de acuerdo a la pregunta, donde 1 es alto y 5 es bajo.

	↑ AUTOCUIDADO ↓				
	1	2	3	4	5
1.- La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria.					
2.- Consumo de tabaco.					
3.- ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos?					
4.- ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?					
5.- ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?					
6.- ¿Tiene la persona conocimientos y habilidades suficientes para prepararse comida cuando precisa?					
7.- ¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?					
8.- ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?					
9.- La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable.					
10.- La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable.					
11.- Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.					
12.- Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar.					
13.- Grado de motivación de las actividades fuera del hogar.					

14.- Hábito de sueño-reposo, ¿Tiene la persona dificultades para conciliar el sueño?					
15. Grado de interacción social.					
16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales.					
17. ¿Tiene la persona dificultad para establecer relaciones de amistad o de pareja?					
18. La persona se realiza una higiene adecuada.					
19. Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.					
20. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar ayuda correspondiente.					
21. Grado que se tiene de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico, si procede.					
22. Grado de cumplimiento visitas de seguimiento.					
23. ¿Consume la persona sustancias tóxicas?					
24. ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas?					
25. ¿Consume la persona bebidas excitantes? (café, coca, té).					
26. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.					
27. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.					
28. La persona siente ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana.					
29. ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?					
30. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente los recursos económicos?					
31. En general, ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles?					
32. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles?					
33. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana?					
34. ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas?					
35. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida?					

Cuestionario: conocimientos sobre cáncer de mama

Estimada participante, me dirijo a usted muy respetuosamente, en la oportunidad de solicitar su valiosa colaboración, para contestar el siguiente instrumento, con la finalidad de conocer el nivel de conocimientos que posee sobre cáncer de mama.

Agradezco de antemano su colaboración al respecto.

Instrucciones: marca con una X el nivel que consideres que posees de conocimiento, donde 0 es nada y 3 es mucho.

No.	Conocimiento sobre cáncer de mama	0	1	2	3
1	El cáncer de mama podría ser mortal dado que lo detecte a tiempo.				
2	El cáncer de mama podría aparecer en una mujer luego de haber padecido de uno, en otro lugar del cuerpo				
3	El cáncer podría transmitirse (ser hereditario) de familia en familia.				
4	Las mujeres que se desarrollaron muy jóvenes (ejemplo las niñas que tienen su primera menstruación antes de los 12 años) tienen mayor posibilidad de presentar cáncer de mamas.				
5	Las mujeres que presentan la última menstruación muy tardíamente (ejemplo a los 55 años o más) son las que pueden tener más frecuentemente cáncer de mamas.				
6	Si una mujer nunca tiene hijos podrían presentar cáncer de mama.				
7	Aquellas mujeres que salen embarazadas tardíamente (ejemplo a los 35 años o más) tienen más posibilidad de presentar el cáncer de mama.				
8	Las pacientes que toman anticonceptivos hormonales (ejemplo la píldora o pastilla anticonceptiva) tienen más probabilidades de tener cáncer de mama.				
9	Si una mujer luego de la menopausia toma hormonas (tratamiento hormonal sustitutivo) podría presentar cáncer de mama.				
10	Las mujeres que se exponen a radiaciones en un futuro podrían tener cáncer de mama.				
11	Las mujeres que han recibido traumatismos en la mama podrían tener cáncer de mama.				
12	Las mujeres que se alimentan con una dieta rica en grasas y colesterol tienen más posibilidades de presentar cáncer de mama.				
13	Las mujeres fumadoras tienen más posibilidad de desarrollar cáncer de mama				

14	Si una mujer consume frecuentemente alcohol (ejemplo cerveza, whisky, ron) tiene más riesgo de presentar cáncer de mama.				
15	Toda mujer mayor de 35 años debe realizarse una mamografía.				
16	He escuchado que la mamografía debería ser complementada con un ecograma mamario.				
17	Considero que el autoexamen de mama es importante para prevenir el cáncer de mama.				
18	Creo que el autoexamen mamario me permitiría detectar a tiempo el cáncer de mama.				
19	El autoexamen debe ser aplicado todos los meses entre 7-10 días, después del ciclo menstrual.				
20	Si la mujer no menstrua el autoexamen de las mamas debe realizarse en un día fijo mensualmente.				
21	El autoexamen de las mamas deben realizarlo todas las mujeres mayores de 20 años.				
22	El autoexamen de las mamas le permite a la mujer darse cuenta si presenta cambios en sus mamas como diferencias de tamaño, hundimiento en la piel, abultamiento o tumoración.				

Apéndice 5. Manual o Instructivo del encuestador

Instructivo de llenado, Escala de Requisitos de Autocuidado y cuestionario Conocimientos sobre cáncer de mama.

Para contestar la escala ERA (Escala de Requisitos de Autocuidado), deberá relacionar las siguientes respuestas con la opción que eligió del 1 al 5.

Edad: deberás colocar la edad en número entero.

Sexo: masculino o femenino.

Estado civil: soltero, casado, viuda, divorciada, unión libre.

Escolaridad: sin estudios, preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura.

1.- La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria.

1. Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo.
2. Es capaz de realizar una gran actividad física presentando ligera fatiga respiratoria.
3. Es capaz de realizar una actividad física moderada.
4. Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse).
5. Es incapaz de realizar actividades de la vida diaria.

2.- Consumo de tabaco.

1. No consume
2. Consume esporádicamente
3. Consume menos de 5 cigarrillos al día.
4. Consume de 5 a 20.
5. Consume más de 20 cigarrillos al día.

3.- ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos?

1. Siempre bebe entre 1 y 2 litros de agua al día.
2. Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros.
3. Entre 0.5 y 1 litro.
4. Casi diariamente bebe más de 3 litros.
5. Bebe diariamente más de 3 litros.

4.- ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?

1. Describe los diferentes grupos de alimentos.
2. Clasifica los alimentos y las cantidades recomendadas.
3. Clasifica los alimentos y no conoce las cantidades.
4. Tiene dificultades para clasificar los alimentos.
5. Es incapaz de clasificar los alimentos.

5.- ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?

1. Adecuada.
2. Casi siempre.
3. Regularmente.
4. Inadecuada.
5. Muy inadecuada.

6.- ¿Tiene la persona conocimientos y habilidades suficientes para prepararse comida cuando precisa?

1. Dispone de conocimiento.
2. Sólo tiene conocimiento para preparar un menú.
3. Dispone parcialmente de conocimiento.
4. Poco conocimiento.
5. No dispone de conocimiento.

7.- ¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?

1. Control de esfínteres.
2. Episodios de incontinencia.
3. Ocasionalmente presenta episodios de incontinencia.
4. Casi diariamente tiene episodios.
5. Diariamente tiene episodios de incontinencia.

8.- ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?

1. No presenta dificultad al evacuar.
2. Leve molestia durante la defecación.
3. Dificultad para defecar.
4. Dolor al defecar.
5. Distensión abdominal y presencia de hemorroides

9.- La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable.

1. Sabe cómo realizar las tareas domésticas.
2. Sabe realizarlas casi todas.
3. Sabe realizar algunas.
4. No sabe realizar casi ninguna.
5. No sabe realizar ninguna.

10.- La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable.

1. Diariamente.
2. Casi diario.
3. Ocasionalmente.
4. Casi nunca.
5. No realiza.

11.- Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.

1. Realiza fácilmente tareas por iniciativa.
2. Se le tiene que recordar.
3. A menudo se le debe recordar.
4. Siempre se le debe recordar.
5. No realiza.

12.- Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar.

1. Siempre las cumple.
2. Casi siempre las cumple.
3. Ocasionalmente las cumple.
4. Casi nunca las cumple.
5. No las cumple.

13.- Grado de motivación de las actividades fuera del hogar.

1. Cumple sus actividades.
2. Se le tiene que recordar.
3. Cumple las actividades bajo supervisión.
4. No cumple actividades.
5. No realiza ninguna actividad.

14.- Hábito de sueño-reposo, ¿Tiene la persona dificultades para conciliar el sueño?

1. No tiene dificultad.
2. Casi nunca.
3. En ocasiones.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

15. Grado de interacción social.

1. Sin dificultad.
2. Con poca dificultad.
3. Moderada dificultad.
4. Con dificultad.
5. Mucha dificultad.

16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales.

1. Se siente valorado.
2. Se siente comprendido.
3. En algunas ocasiones.
4. Se siente incomprendido.
5. No sabe evaluar relaciones sociales.

17. ¿Tiene la persona dificultad para establecer relaciones de amistad o de pareja?

1. Mantiene relaciones.
2. Poca dificultad.
3. Mantiene con mucha dificultad.
4. Le cuesta mantenerlas.
5. Evita las relaciones.

18. La persona se realiza una higiene adecuada.

1. Diariamente.
2. Casi diario.
3. A veces.
4. Casi nunca.
5. Nunca.

Para las preguntas 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25,26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35, las opciones de respuesta son:

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. A veces.
4. Casi nunca.
5. Nunca.

Para resolver las preguntas del cuestionario cáncer de mama, las opciones de respuesta para todas son:

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) De acuerdo 3) Totalmente de acuerdo

Apéndice 6. Resultados de la prueba piloto

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de un programa educativo para fomentar el nivel de conocimiento y de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres en edad reproductiva, para medir la variable autocuidado se empleó la Escala de Requisitos de Autocuidado y para medir la variable conocimientos se utilizó la escala (conocimiento sobre cáncer de mama). Para determinar la fiabilidad de los instrumentos se realizó una prueba piloto a 30 usuarias con características similares a la población de estudio, se llevó a cabo durante el mes de julio en el Hospital Comunitario de Moroleón y se empleó la prueba estadística alfa de Cronbach. Los resultados de ambos se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

Consistencia interna de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama

Escala ERA	Alfa de Cronbach
Escala total	.917
Dimensiones	
Primera	.794
Segunda	.744
Tercera	.846
Cuarta	.846
Quinta	.795
Sexta	.675
Escala CCM	
Escala total	.892

Nota: ERA= Escala de Requisitos de Autocuidado, CCM=escala de conocimiento sobre cáncer de mama.

El objetivo uno de la investigación fue describir las características sociodemográficas de la población de estudio. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes relativos. Los resultados se presentan en tablas.

En este estudio se encontraron los siguientes datos sociodemográficos.

Tabla 2.

Edad de las mujeres en edad reproductiva

Variable	Media	Mediana	Moda	DE	Mínimo	Máximo
Edad	26.77	26.77	26.77	26.77	15	15

Nota: DE= desviación estándar

Tabla 3.*Variables sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva*

Variable	F	%
Edad		
15-25	13	43.3
26-35	10	33.3
36-44	7	23.3
Escolaridad		
Secundaria	4	13.3
Preparatoria	14	46.7
Universidad	7	23.3
Estado civil		
Soltera	18	60
Casada	7	23.3
Viuda	2	6.7
Divorciada	1	3.3
Unión libre	2	6.7

Nota: resultados obtenidos de la encuesta aplicada ERA, 2018.

El 43 % de las participantes estuvo en rangos de edad entre 15 y 25 años, un 47 % con nivel de estudios de preparatoria y el 60 % de ellas son solteras (tabla 3).

El objetivo dos de la investigación fue identificar el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento en las mujeres en edad reproductiva y se obtuvo un puntaje total de la escala ERA y escala CCM. Para estos datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, los resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4.

Puntaje de la Escala de Requisitos de Autocuidado y Conocimientos sobre cáncer de mama

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
ERA ^a	87.20	87.20	87.20	41	41	26.756
CCM ^b	42.53	42.53	42.53	22	22	11.196

Nota: ^a=Escala de Requisitos de Autocuidado, ^b= Conocimiento sobre cáncer de mama

Para fines de esta investigación, el puntaje obtenido de la escala ERA se clasificó en dos categorías: ausencia de déficit de 30-105 puntos y de 106-175 déficit total. Para la escala conocimiento se clasificó en tres categorías: malo de 0 a 22 puntos, conocimiento regular de 23-44 y conocimiento bueno de 45 a 66 puntos.

Asimismo se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes para conocer las puntuaciones finales de las escalas, los resultados se presentan en la tabla 5 y 6.

Tabla 5.*Resultados de la Escala de Requisitos de Autocuidado*

Déficit de autocuidado		f	%
Escala total			
	Ausencia de déficit	23	76.6
	Déficit Total	7	23.3
Dimensiones			
Aporte de aire			
	Ausencia de déficit	14	46.7
	Déficit Total	16	53.3
Proceso de eliminación			
	Ausencia de déficit	16	53.3
	Déficit Total	14	46.7
Actividad y reposo			
	Ausencia de déficit	16	53.3
	Déficit Total	14	46.7
Soledad			
	Ausencia de déficit	12	40.0
	Déficit Total	18	60.0
Peligros para la vida			
	Ausencia de déficit	18	60.0
	Déficit Total	12	40.0
Desarrollo humano			
	Ausencia de déficit	13	43.3
	Déficit Total	17	56.7

Los resultados obtenidos de la Escala de Requisitos de Autocuidado muestran que un 77 % de los participantes presentan ausencia de déficit, para la dimensión uno, un 53 % presenta déficit total, en la segunda y tercera dimensión un 53 % ausencia de déficit, en la cuarta dimensión un 60 % presenta déficit total y finalmente en la sexta dimensión un 57 % presenta déficit total (tabla 5).

Tabla 6.

Resultados de la Escala Conocimientos sobre cáncer de mama.

Conocimiento	F	%
Malo	1	3.3
Regular	18	60.0
Bueno	11	36.7

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje

De acuerdo a la clasificación de la escala de conocimientos sobre cáncer de mama, en los presentes resultados se obtuvo un 60 % en el indicador conocimientos regulares mientras que 3 % posee conocimientos malos (tabla 6).

Apéndice 7. Diseño del programa educativo



PROGRAMA EDUCATIVO

Introducción

El presente programa se fundamenta en el método de Vygotsky, un modelo constructivista-social, refiere que el comportamiento del individuo sólo puede comprenderse mediante el estudio de su historia, señala que todo aprendizaje tiene experiencias previas, por ello, expresa el nivel evolutivo real, asociado al desarrollo mental de la persona, es decir, cuando puede realizar actividades por sí misma, sin embargo, al necesitar ayuda de otros, se involucra el nivel de desarrollo potencial (Carrera & Mazzarella, 2001).

Vygotsky plantea un paradigma centrado en el desarrollo humano y la historia cultural, para este autor las funciones de pensamiento que suscita el individuo son producto de la genética y la interacción cultural, por lo que el aprendizaje en la persona se ve influido por las manifestaciones culturales, las prácticas sociales, tecnología y herramientas de la sociedad (Chaves, 2001).

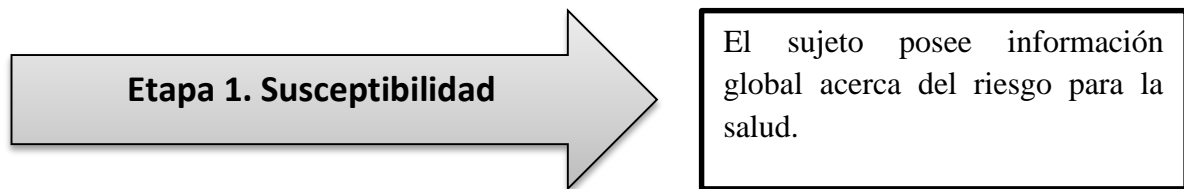
En esta teoría se establecen dos tipos de funciones en la persona, las elementales y las superiores, las primeras hacen referencia a aquellas habilidades que el individuo desarrolla por naturaleza, es decir, propias del comportamiento humano, mientras que las segundas son producto del contexto social y de la cultura del sujeto (Perinat, 2011).

Este programa se justifica en el modelo cognitivo-conductual, terapia que abarca diversas técnicas y procedimientos, a través de los cuales el individuo es capaz de adquirir habilidades que le permitan crear estrategias para adaptarse a su entorno e incrementar la calidad de vida, está diseñada para programas cuyo enfoque sea la resolución de problemas reales, complejos de abordar, por lo que se basa en el tratamiento psicológico puesto que parte de la idea donde todas las conductas son aprendidas y modificables a través de la reflexión y el aprendizaje (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

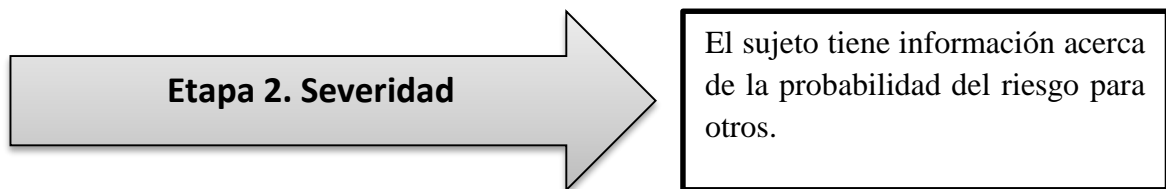
MODELO DE ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES

Modelo cognoscitivo: se basa en el conocimiento de la importancia de realizar la técnica correcta de autoexploración de mamas con la finalidad de contribuir por medio de diversas prácticas de autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama (Weinstein, 1988).

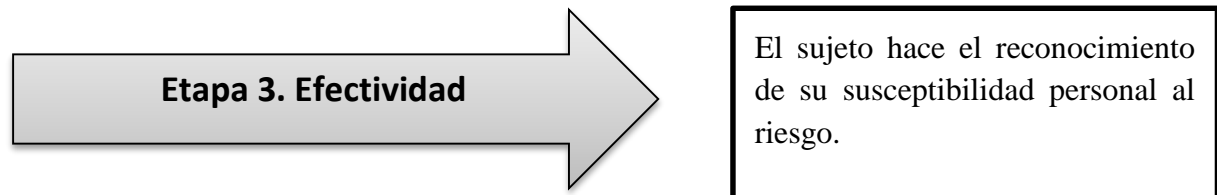
La adquisición de una conducta saludable se da a través de 5 etapas determinadas por la percepción que el sujeto tiene acerca de la severidad de un riesgo.



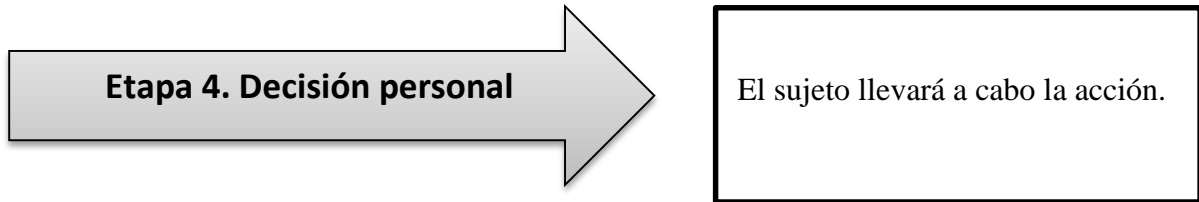
1.- Las usuarias conocen el riesgo que genera la deficiencia de autocuidado y la falta de conocimientos para una detección oportuna de cáncer de mama.



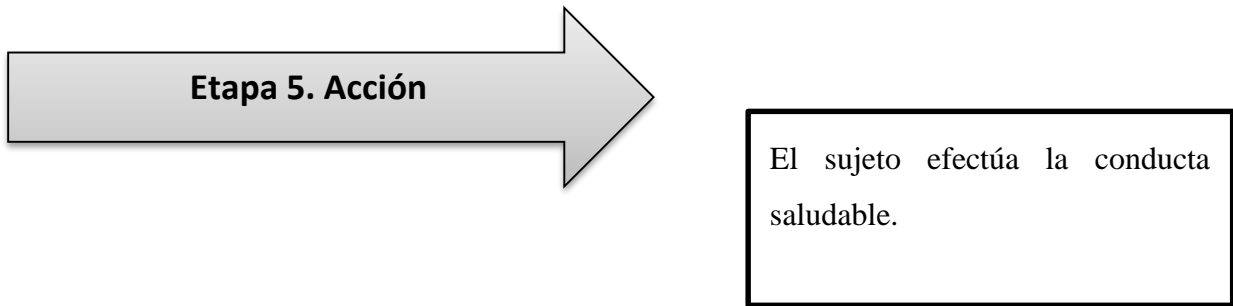
2.-El cáncer de mama se presenta en población vulnerable, que poseen diversos factores que representan un riesgo significativo para la salud.



3.- Las usuarias deberán reconocer los diversos factores que propician la aparición de cáncer de mama, así como los principales signos de alarma.



4.- Las usuarias tomarán la decisión de participar o no en el programa, como medida preventiva en la reducción de riesgos.

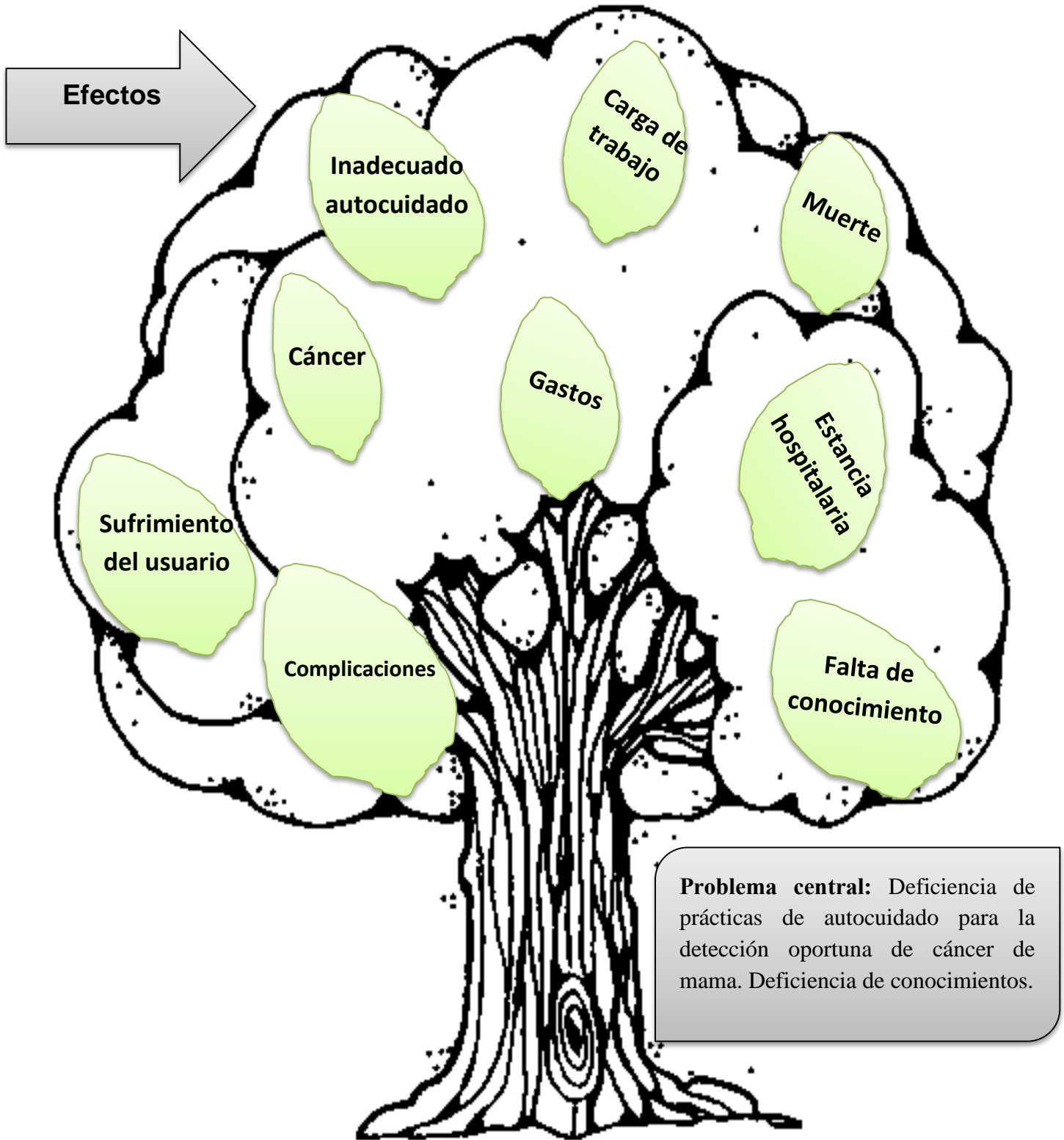


5.- Las usuarias asistirán a las cinco sesiones para cumplir con el programa.

Evaluación del problema

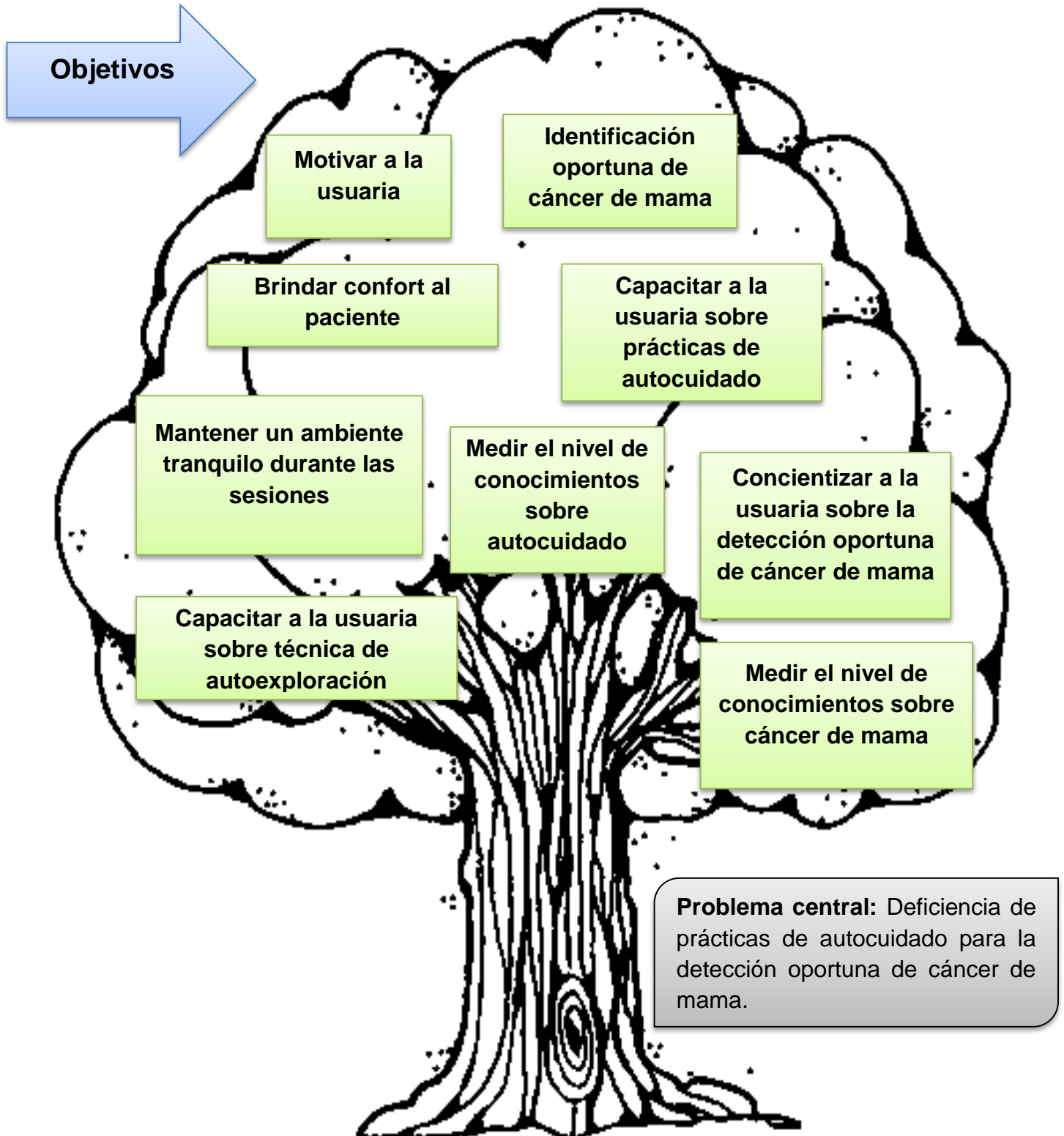
Grupos	Intereses	Problemática percibida	Recursos y mandatos
Mujeres en edad reproductiva del servicio de planificación familiar	Detección oportuna de cáncer de mama Conocimiento sobre cáncer de mama Bienestar del usuario Mejorar prácticas de autocuidado Calidad	Deficiencia de conocimiento sobre detección oportuna de cáncer de mama.	Mayor conocimiento sobre Detección oportuna de cáncer de mama.
Personal enfermería	Capacitación sobre detección oportuna de cáncer de mama Capacitación sobre autocuidado.	Aumento del número de mujeres con cáncer de mama	Lograr la capacitación sobre la detección oportuna de cáncer de mama y prácticas de autocuidado

ÁRBOL DE PROBLEMAS



Causas: Creencias, grado académico, cultura
Falta de recursos, falta de conocimientos.

ÁRBOL DE SOLUCIONES



Causas: Creencias, grado académico, cultura
Falta de recursos, falta de conocimientos.

POBLACIÓN A INTERVENIR

El presente programa se aplicó directamente a 54 usuarias del servicio de planificación familiar, el cual tuvo una duración de 10 horas divididas en cinco sesiones cada una de 2 horas. Se implementó en dicha población, dado que se requiere la realización de prácticas de autocuidado en la detección oportuna de malignidades en mujeres en edad reproductiva, debido a que cada día son más quienes presentan cáncer de mama en estadios avanzados.

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el nivel de conocimientos y autocuidado en la detección oportuna de cáncer de mama en las mujeres en edad reproductiva

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de autocuidado y conocimientos sobre detección de cáncer de mama previo y posterior a la intervención.
- Capacitar a las usuarias sobre la técnica correcta de autoexploración de mamas.
- Orientar a las usuarias sobre las prácticas de autocuidado.

METAS

Lograr que las mujeres en edad reproductiva del servicio de planificación familiar del Hospital Comunitario de Moroleón incrementen el nivel de conocimientos e implementen prácticas de autocuidado para una detección oportuna de cáncer de mama.

CARTAS DESCRIPTIVAS

Carta descriptiva No.1

No. de sesión: 1	Fecha: Domingo 30 de septiembre de 2018		
	Hora: 9:00 am-11:00 am		
Tema: Generalidades del cáncer de mama y prácticas de autocuidado.			
Objetivo:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar el conocimiento que tienen las usuarias sobre autocuidado y cáncer de mama. ▪ Concientizar a las usuarias sobre la importancia de realizar técnicas correctas de autocuidado. 			
Técnica		Estrategias	
❖ Informar		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación del grupo. ✓ Taller de integración. 	
Actividades			
Actividad rompe hielos.	Aplicar el cuestionario conocimientos sobre cáncer de mama.	Aplicar el instrumento ERA para medir el nivel de autocuidado.	Impartir los temas de autocuidado y cáncer de mama.
Recursos:		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyector ▪ Plumones ▪ Hojas ▪ Lápices 	
Fundamentación teórica			
<p>El método de Vygotsky refiere que el comportamiento de un evento sólo puede ser comprendido si se estudian previamente sus fases, basados en el contexto social y cultural, por ello, se deberá considerar la cultura de la población de estudio, asimismo el proceso de aprendizaje se llevará a cabo con la implementación de herramientas que permitan identificar de manera oportuna la problemática y discernir el conocimiento a las usuarias (Carrera & Mazarella, 2001).</p>			

Carta No.1 Programación

Primera sesión domingo 30 de septiembre de 2018		
Generalidades del cáncer de mama y prácticas de autocuidado		
Objetivo: conocer el nivel de autocuidado y conocimientos sobre cáncer de mama previo a la intervención.		
9:00 am-9:20 am	Actividad rompe hilos	Presentación del grupo y dinámica de trabajo.
9:20 am-9:50 am	Aplicación del instrumento ERA Aplicación del cuestionario “Conocimientos sobre la prevención de cáncer de mama”	Realizar la primera medición para determinar el nivel de autocuidado y los conocimientos sobre cáncer de mama previos a la implementación del programa educativo.
9:50 am- 10:30 am	Inicio del programa Tema Generalidades del cáncer de mama	Se impartirá el tema generalidades de cáncer de mama <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de cáncer ▪ Signos y síntomas ▪ Factores de riesgo ▪ Medidas preventivas
10:30 am- 11:00 am	Tema Prácticas de autocuidado	Se impartirá el tema prácticas de autocuidado <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de autocuidado. ▪ Importancia del autocuidado para una detección oportuna de cáncer de mama. ▪ Diversas prácticas de autocuidado que podrán ejecutar para obtener bienestar.

Carta descriptiva No. 2

No. de sesión: 2	Fecha: Domingo 07 de octubre de 2018 Hora: 9:00 am-11:00 am
Tema: carta a mis hijos o padres	
Objetivo:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a las usuarias sobre la importancia de una detección temprana de cáncer de mama mediante prácticas de autocuidado. 	
Técnica	Estrategias
❖ Informar	Taller de integración, donde se abordará la situación de la mortalidad asociada al cáncer de mama.
Actividades	
✓ Reunir a las usuarias, pedir que redacten una carta de despedida imaginando que son la víctima del cáncer de mama.	✓ Cerrar sesión con técnica de relajación.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plumones ▪ Hojas ▪ Lapiceros
Fundamentación teórica	
<p>La presente actividad se basa en la Terapia Cognitivo Conductual, intervención psicológica que permitirá modificar el pensamiento, sentimiento, actitudes y emociones de las participantes, puesto que esta terapia está diseñada para tratar problemáticas complejas, de manera que el individuo adquiera potencialidades y habilidades para favorecer su percepción y afrontar las adversidades que se pudieran presentar en algún momento de su vida (González & Duarte, 2014).</p>	

Carta No.2 Programación

Segunda sesión domingo 07 de octubre de 2018		
Carta a mis hijos o padres		
Objetivo: Sensibilizar a las usuarias sobre la importancia de una detección temprana de cáncer de mama mediante prácticas de autocuidado.		
9:00 am-9:30 am	Situación actual en México	Presentar cifras de morbilidad y mortalidad sobre cáncer de mama.
9:30 am-10:00 am	Actividad carta a mis hijos o padres	Pedir a las usuarias redacten una carta de despedida, pensando que son ellas quienes presentan la enfermedad.
10:00 am- 10:30 am	Ponencia de la invitada Laura quien se encuentra en tratamiento por presentar cáncer de mama en estadio avanzado.	La usuaria Laura compartirá su experiencia con las integrantes del grupo y explicará la importancia de las prácticas de autocuidado para una detección oportuna de cáncer de mama.
10:30 am- 11:00 am	Cierre de sesión con técnica de relajación.	Impartida por el psicólogo Salvador de la Unidad de Salud.

Carta descriptiva No. 3

No. de sesión: 3	Fecha: Domingo 14 de octubre de 2018 Hora: 9:00 am-11:00 am
Tema: Métodos de detección temprana para el cáncer de mama	
Objetivo:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre los métodos de detección temprana del cáncer de mama. 	
Técnica	Estrategias
❖ Instruir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar a las usuarias información necesaria sobre los métodos de detección temprana del cáncer de mama.
Actividades	
Exponer el tema sobre los diversos métodos de detección temprana del cáncer de mama.	Elaborar carteles sobre la detección oportuna de cáncer de mama.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas ▪ Impresora ▪ Computadora ▪ Proyector ▪ Marcadores
Fundamentación teórica	
<p>La conducta de un individuo y su capacidad de aprendizaje se puede modificar mediante la intervención de otro sujeto, es decir, la persona aprende bajo la guía de un maestro, por lo que al dar a conocer una actividad, existe la probabilidad de réplica por parte de los participantes, de manera que a través de ello logran adquirir y desarrollar habilidades que les permiten afrontar una problemática e inicial un nivel de desarrollo potencial enfocado a la resolución de problemas (Carrera & Mazzarella, 2001).</p>	

Carta No.3 Programación

Tercera sesión domingo 14 de octubre de 2018		
Métodos de detección temprana de cáncer de mama		
Objetivo: Informar sobre los métodos de detección temprana del cáncer de mama.		
9:00 am-9:30 am	Exposición de temas de detección temprana.	Presentación de diversos temas sobre detección temprana de cáncer de mama. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoexploración de mamas ▪ Mamografía
9:30 am-10:20 am	Elaboración de cartel	Pedir a las usuarias elaborar un cartel sobre los métodos de detección temprana de cáncer de mama.
10:20 am- 11:00 am	Presentación de carteles	Exposición de los carteles elaborados por las usuarias en equipos de 5 personas.

Carta descriptiva No. 4

No. de sesión: 4	Fecha: Domingo 21 de octubre de 2018 Hora: 9:00 am-11:00 am
Tema: Técnica de autoexploración mamaria.	
Objetivo:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar sobre la técnica correcta de autoexploración de mamas. 	
Técnica	Estrategias
❖ Informar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisar la realización correcta de la técnica.
Actividades	
✓ Taller sobre la técnica correcta de autoexploración de mamas.	✓ Uso de maniqués para realizar la técnica de autoexploración.
Recursos:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas ▪ Lapiceros ▪ Carpetas ▪ Libreta ▪ Maniqués
Fundamentación teórica	
<p>La terapia cognitiva-conductual puede aplicarse de manera individual o grupal, esta intervención favorecerá la realización de diversos métodos, terapias y procedimientos mediante la modificación de conductas de la persona, además se emplea como una herramienta de promoción de la salud, por ello, traerá como beneficio incrementar el conocimiento de las participantes para la realización de técnicas que le permitan identificar alteraciones negativas en su cuerpo (González & Duarte, 2014).</p>	

Carta No.4 Programación

Cuarta sesión domingo 21 de octubre de 2018		
Técnica de autoexploración mamaria.		
Objetivo: informar sobre la técnica correcta de autoexploración de mamas.		
9:00 am-9:30 am	Explicar la técnica de autoexploración mamaria.	Presentar la técnica correcta de autoexploración mediante el uso de un maniquí.
9:30 am-10:30 am	Presentación de técnica de autoexploración.	Cada usuaria pasará a realizar la técnica de autoexploración.
10:30 am- 11:00 am	Elaboración de tríptico educativo.	Se elaborará un plan de cuidados para realizar en forma oportuna la técnica de autoexploración mamaria.

Carta descriptiva No. 5

No. de sesión: 5		Fecha: Domingo 28 de octubre de 2018			
		Hora: 9:00 am-11:00 am			
Tema: Prácticas de autocuidado					
Objetivo:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar sobre la importancia y las diversas prácticas de autocuidado para mejorar o mantener un adecuado estado de salud. 					
Técnica			Estrategias		
❖ Informar			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer un recordatorio sobre las prácticas de autocuidado más importantes que deberán realizar. 		
Actividades					
Higiene y Salud: Video sobre la importancia de la higiene.	Higiene bucal Taller de lavado bucal.	Cuidado de la piel Presentación en power Point.	Actividad física Tema sobre ejercicios principales para mejorar el estado de salud.	Sueño y descanso. Tema sobre las diversas técnicas de relajación.	Aplicación del cuestionario ERA y conocimientos sobre cáncer de mama.
Recursos:			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyector ▪ Pasta dental ▪ Agua ▪ Cepillo de dientes. ▪ Hojas ▪ Lápices 		
Fundamentación teórica					
<p>Según la teoría de Vygotsky, la persona tiene la capacidad de adaptarse y apropiarse a las manifestaciones culturales, un sujeto actúa mediado por la actividad práctica social, por ello, con la implementación de acciones de autocuidado como parte de la cultura, se logrará el desarrollo de los procesos psicológicos para que el individuo desarrollo habilidades y herramientas para realizar la reproducción de aptitudes, por lo que el desarrollo psíquico depende en gran parte de las relaciones sociales y la comunicación con otros (Chaves, 2001).</p>					

Carta No.5 Programación

Quinta sesión domingo 28 de octubre de 2018		
Prácticas de autocuidado		
Objetivo: informar sobre la importancia y las diversas prácticas de autocuidado para mejorar o mantener un adecuado estado de salud.		
9:00 am-9:30 am	Exponer las prácticas de autocuidado más importantes que deberán realizar.	Presentación de las diversas prácticas de autocuidado. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado de la piel ▪ Sueño y descanso ▪ Actividad física ▪ Higiene y salud.
9:30 am-10:00 am	Taller de higiene bucal.	Realizar la técnica correcta de cepillado bucal.
10:00 am- 10:30 am	Elaborar una trama sobre la importancia de las diversas prácticas de autocuidado.	Presentación de la trama.
10:30 am- 11:00 am	Aplicación del instrumento ERA. Aplicación del cuestionario “Conocimientos sobre prevención de cáncer de mama”	Realizar la segunda medición para identificar el nivel de autocuidado y conocimientos posteriores a la intervención.
11:00 am- 11:15 am	Clausura del programa.	Agradecimiento por la participación, invitación a programar su cita para que se les realice la mastografía.