

34
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

SALUD DE LA MUJER

ACTITUD DE LA MUJER HACIA EL AUTO EXAMEN MAMARIO DE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE LA POBLACION DE ENFERMERAS DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA (ENEO) Y DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :

ESPINOSA GARCIA EDITH MA. ARLETTE
SOLORIO CADENA ROSALBA



MEXICO, D.F.

DIRECTORA DE TESIS: LIC. INÍGA PÉREZ CABRERA

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
NACIONALES DE TITULACION

93351/1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

5.2 CONCEPCIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD.....	52
HIPOTESIS.....	54
METODOLOGÍA	
VARIABLES E INDICADORES.....	55
CODIFICACIÓN DE VARIABLES.....	56
DEFINICIONES OPERACIONALES.....	57
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	58
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	58
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	58
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	58
MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE TRABAJO.....	58
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	59
ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
RECURSOS HUMANOS.....	59
RECURSOS MATERIALES.....	59
RECURSOS FINANCIEROS.....	59
PROCESAMIENTO DE DATOS.....	59
COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS.....	60
CODIFICACIÓN.....	60
RESULTADOS	
CUADROS Y GRÁFICAS.....	62
DESCRIPCIÓN.....	124
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	141
CONCLUSIONES.....	147
SUGERENCIAS.....	150
BIBLIOGRAFÍA.....	152
ANEXOS.....	156

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO	
I. ANTECEDENTES DEL CÁNCER DE MAMA	
1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER MAMARIO.....	7
1.2 FACTORES DE RIESGO.....	8
1.2.1 FACTORES DE RIESGO PERSONALES.....	9
1.2.2 FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES.....	12
1.3 ASPECTOS DE PREVENCIÓN.....	15
II. LA MUJER	
2.1 ROL DE LA MUJER.....	19
2.2 PSICOLOGÍA DE LA MUJER.....	21
2.3 FORMACIÓN DEL ESTILO DE VIDA.....	23
III. CONCEPCIÓN DE VALORES EN RELACIÓN A LA SALUD	
3.1 CONCEPTO DE VALOR.....	29
3.2 ESTRUCTURACIÓN DE VALORES.....	29
IV. LA EDUCACIÓN	
4.1 LA EDUCACIÓN A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES SOCIALES.....	40
4.2 FORMACIÓN ACADEMICA.....	43
4.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	48
V. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	
5.1 ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA SALUD.....	50

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Lic. Iúiga Pérez Cabrera por su valiosa asesoría brindada así como su paciencia para la elaboración de la presente tesis.

Al Dr. Antonio Villa Romero investigador titular de la Unidad Epidemiología clínica del I.N.N.S.Z. quien dedicó su tiempo en la comprobación y aclaración de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. El Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. Por el apoyo y facilidades otorgadas

A la señorita Enfermera U. Margarita Paz Sifuentes, Jefe de la división de Enfermería del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. Por brindarme su tan acertado apoyo al aceptarme como parte de su personal de enfermería y así poder solventar gastos para mi tesis, sobre todo mi superación.

A la señorita Enfermera Ma. Guadalupe Osornio Silva, Jefe del departamento de Enfermería y Ma. Guadalupe Alcántara Kuri, Coordinadora de Enseñanza del I.N.N.S.Z. Por su permiso otorgado para la realización del presente

A mis Padres y Hermanos

*No tengo palabras para agradecer
lo que hoy en día soy, he terminado
mi carrera, meta que en años atrás
me propuse y que sin ayuda
seguramente no existiera este
apartado.*

Los amo con todo el corazón.

*David y Editli
David Edgar
Mayra Verónica
Jessica
Jenny
Erick,*

Gracias por estar juntos.

*A mi Padre en especial
Te agradezco hoy y siempre
tu insistencia a la superación propia
al amor, a la paciencia, a la comprensión
y confianza que me has brindado.*

Gracias.

*Gracias por tus palabras de aliento
que en estos momentos tan tristes,
difíciles y llenos de dolor por lo sucedido
y que lamentablemente se dan a la
par de algo que me llena de júbilo
como haber finalizado mi tesis.*

Gracias Papá.

A mis Abuelitos

*Con gran cariño a mis abuelitos
Lupita Artea por estar aún con
nosotros y por haber amado de una
forma singular a mi abuelito
Jorge Espinosa que P.D. el deseaba
verme realizada como profesional,
mujer y con una familia llena de amor.
Por lo que siempre apoyaron la
trayectoria de mis estudios
logrando sus deseos*

A mi Esposo

*Eternamente agradecida a
mi Esposo Alejandro Martínez Medina
por tu apoyo incondicional y comprensión
sobre todo por estar siempre conmigo
y compartir esta gran tristeza que nos
embarga el corazón.*

*En donde juntos lo llenaremos de
esperanzas, anhelos y alegrías, como la
culminación de mi tesis, con ello mi
desarrollo profesional y de mujer
Te amo.*

A mis tíos

*Agradecer es poco a lo mucho que hicieron
por Mí*

*Gracias por brindarme su ayuda para
poder continuar mis estudios.*

He logrado una profesión.

Mil gracias Tío Victor

Tía Altitia

Tía Carmelita

En especial

*Un amigo (o) es como un hermano
al quien que esta a tu lado compartiendo
momentos tristes, alegres, difíciles, etc.*

*A lo que agradezco muy en especial a la
señorita Lic. Rosa García Medina,
quien sin ella no hubiese terminado
esta tesis.*

*Agradezco tu apoyo y el estar conmigo.
Gracias.*

EDITH

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por estar siempre a mi lado en todo momento, por brindarme la paz y el amor que he necesitado en las pruebas más difíciles.

A mi **padre** por tu amor y cariño, por enseñarme que en la vida todo se puede lograr con empeño y mente positiva, gracias por el apoyo y los consejos que me has brindado para ser mejor hija, esposa y profesionalista, porque sin tu ayuda el camino hubiese sido muy difícil, gracias por todo. Te amo.

A mi **madre** por darme la vida, por todo el amor, cariño y comprensión que me has brindado aun sin pedirlo, por tu valor que siempre has mostrado para la vida, por enseñarme que el esfuerzo personal es el único camino para lograr la superación en la vida. Te amo.

A mi **esposo** por tu amor incondicional, por el apoyo y comprensión que siempre me has brindado en todo momento, por alentarme a crecer a tu lado como mujer y profesionalista y sobre todo por dejarme ser libre.

A **Clau, Paty y Sofi** porque junto con ustedes aprendí lo más importante: a vivir, a amar, a reír, a soñar y llorar; las quiero por ser como son, gracias por todo el apoyo que me han brindado en cada uno de los momentos de mi vida.

A **Paty** por enseñarme que lo más importante en la vida es hacer las cosas con amor, y empeño, por demostrarme que cada meta se puede alcanzar, y que cada sueño se puede realizar, pero sobre todo por ser mi hermana, te extraño tanto.

A mis **abuelos, tíos y primos**, por su apoyo y cariño que me han brindado siempre.

A la familia **Villavicencio** por permitirme formar parte de su vida, y por aceptarme como hija y hermana formando parte importante de ustedes, gracias.

A la familia **Infante** por todo su cariño y apoyo que siempre me han brindado, los quiero.

A la **Lic. Iñiga Pérez Cabrera** por brindarme su amistad, su interés y apoyo para llevar a cabo una de las metas más ansiadas en mi vida, conocerla me permitió descubrir la gran profesionista y mujer que es, gracias por todo su apoyo.

A **Lic. Sofia Sánchez** y la **Lic. Enriqueta Marín** por sus consejos y conocimientos que me brindaron, para finalizar esta meta.

A todos mis profesores que a lo largo de mi formación académica me brindaron sus conocimientos y consejos permitiéndome crecer como profesional.

A Todas las personas que en las diferentes etapas de mi vida me han brindado su amistad y apoyo en forma incondicional, esto me ha permitido ser mejor humano y persona, gracias

**“Las personas que dejan huellas no son las más acreditadas;
sino las que se preocupan por los demás”**

INTRODUCCIÓN

Ser mujer no corresponde a una diferencia anatómica sino a una construcción social subjetiva; es decir a las dimensiones socioculturales que contribuyen a configurar la salud de la mujer, refiriéndose a riesgos, padecimientos y causas de morbi-mortalidad que afectan exclusiva o preponderantemente a las mujeres.

Tal es el caso de las enfermedades mamarias, punto preferido por las neoplasias malignas de la mujer. Como rasgo particular de estos problemas de salud, es que en su mayor parte posibles de prevenir y evitar grandes consecuencias, debido a un diagnóstico temprano a través del autoexamen mamario.

El no utilizarlo, involucra una serie de factores tanto internos como externos, uno de estos factores es el temor a explorarse y encontrar alguna alteración mamaria, ya que en nuestra cultura la palabra cáncer se encuentra estrechamente relacionada con el concepto muerte.

Así mismo en la actualidad el rol de la mujer en nuestra sociedad se le ha impuesto, un ritmo de vida acelerado, presentándose un exceso de actividades, lo que origina que estas antepongan sus actividades diarias sobre la salud.

Por otro lado, la formación actual en el área de enfermería posiblemente no es lo suficientemente convincente para que el personal de esta área considere la prevención como parte del autocuidado y al parecer no se ha logrado que estos conceptos se hagan propios encontrando una incongruencia entre el aprendizaje y conducta donde sólo se memorizan los conocimientos los cuales no son llevados a la vida personal.

Todo esto sin olvidar que el comportamiento y estímulos de vida se encuentran estrechamente vinculados con las enfermedades. Por lo que en el presente trabajo se vera un panorama de todo aquello que compromete de alguna manera a la mujer tener actitud y desarrollo personal de enfermería.

El marco teórico está constituido por: Los antecedentes del cáncer mamario así como los factores de riesgo y los aspectos de prevención. El segundo se refiere a la mujer, en el se ven aspectos sociales y psicológicos, el tercero habla del desarrollo de los valores en relación a la salud, el cuarto se refiere a la educación dentro de la formación académica de las enfermeras y el ultimo se refiere a la salud y la enfermedad, así como los factores que influyen en la concepción de estos valores.

Respecto a la metodología se presenta la forma en como se llevo a cabo la investigación a partir de la hipótesis las variables y los indicadores. Los métodos utilizados fueron cualitativos y cuantitativas lo que llevo a delimitar el tipo de estudio, población y muestra; criterios de inclusión y exclusión y en lo que respecta a la recolección de datos se describe la técnica y elaboración del instrumento así como la organización de la investigación. Por otro lado se detalla el procesamiento de los datos obtenidos presentando la codificación de los cuadros y las gráficas, descripción y análisis, la aplicación de la prueba estadística, en donde se analizó la influencia de los factores psicosociales y la formación académica en las enfermeras del SUA-ENEO y del INNSZ para tener o no una actitud de autocuidado mediante la practica del autoexamen hacia la prevención del cáncer mamario.

Las conclusiones de la investigación son el resultado de la reflexión sobre el estudio realizado y presentan las sugerencias para el personal de enfermería en cuanto a la actitud sobre el autocuidado a través del autoexamen mamario.

Se incluye la bibliografía utilizada para el marco teórico, y en el anexo encontramos el instrumento de recolección de datos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen los factores psicosociales y la formación académica en la actitud del autocuidado ante la práctica del autoexamen mamario en la detección oportuna del Cáncer de mama en las enfermeras del SUA-ENEO y del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar como influyen los factores psicosociales y la formación académica en la actitud de autocuidado ante la práctica del autoexamen mamario en la detección oportuna del Cáncer de mama, en las enfermeras del sistema de Universidad Abierto (SUA) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar los posibles factores psicosociales que influyen en las enfermeras para la realización del autoexamen mamario.

Identificar dentro de la formación académica sobre el autoexamen mamario y su relación con el enfoque de riesgo para favorecer el autocuidado.

Identificar la técnica utilizada y frecuencia con que se realiza el autoexamen mamario.

Comparar la influencia de los factores estudiados en las diferentes poblaciones ante la práctica del autoexamen mamario.

JUSTIFICACIÓN

Debido a la realización del servicio social de la Lic. de Enfermería y Obstetricia (UNAM-ENE) dentro del departamento de Educación para la Salud del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) en las pasantes surgió el interés de realizar un estudio con referencia al cáncer mamario puesto que se detecto un gran numero de mujeres con factores de riesgo, así mismo el Instituto Nacional de Cancerología indica que este tipo de neoplasia ocupa el segundo lugar de morbi-mortalidad a nivel nacional con lo que respecta a cánceres. Lo que nos llevo a pensar que esta área necesita un amplio trabajo en cuanto a educación para la salud. Entendiendose éste como un proceso participativo, reflexivo sustentado en una escala de valores en el que el saber se transforma en ser y éste en un hacer correcto: es decir emplear la búsqueda del bienestar propio y de los demás, incluyendo en ello el medio ambiente.

Basados en esta observación nace el interés de conocer las actitudes de la mujer a través de sus actividades y concepción de valores hacia el autoexamen mamario y en especial el grupo de enfermería ya que se supone que está tiende a transmitir y promover sus conocimientos hacia los demás y en base a las experiencia y comentarios expresados por este grupo se sabe que aún siendo del área de la salud no llevan acabo la realización del autoexamen mamario como un patrón de vida.

Lo cual permitió ver que no sólo la impartición de conocimientos académicos son suficientes para llegar a tener una mejor calidad de vida; sino que es necesario promover una reeducación y concientización de valores para lograr un cambio de actitud, de pensar y de actuar hacia el autoexamen mamario.

Debido a lo anterior, el presente trabajo tuvo como fin conocer las razones que se encuentran inmersas en las actividades de las enfermeras para que lleven a cabo o no el autoexamen mamario, así como la formación académica.

MARCO TEÓRICO

I.- ANTECEDENTES DEL CÁNCER MAMARIO

1.1.- EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER MAMARIO

El cáncer de mama es uno de los tumores más frecuentes y con mayores posibilidades de tratamiento. La incidencia de esta enfermedad es un indicador de los problemas de mama que originan el ingreso de las pacientes a la especialidad. Harrison señala: "que por cada paciente diagnosticada con cáncer de mama, otras cinco o diez mujeres son biopsiadas debido a la sintomatología o preocupación en relación con algún problema de la mama."¹ La amenaza de cáncer de mama ha aumentado, cada día se diagnostican nuevos casos de cáncer mamario más que de cualquier tipo de cáncer invasor. Este es superado sólo por el pulmonar como causa de muerte oncológica. Para una mujer que vive en Estados Unidos las probabilidades de cáncer son de una en nueve, casi el doble de riesgo que en 1940, debido al aumento de la esperanza de vida, ya que la tasa de incidencia aumenta con la edad.²

En base a lo anterior es importante conocer soluciones. Ya que en México el cáncer de mama es la segunda causa de muerte, según el Instituto Nacional de Cancerología en los años de 1995-1996.³ El Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, registro durante el año de 1996; 48 casos de cáncer mamario en camas censables fluctuando de los 37 a los 75 años de edad.⁴

La incidencia se presenta desde el final de la segunda década de vida incrementándose con la edad. Así como aquellas familias que tienen antecedentes cancerosos notables de cáncer de endometrio y de mama.⁵

¹HARRISON, Principios de Medicina Interna, p.187

²CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICAS, El papel de la ginecoobstetra en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mamarias, p.857

³Lista de morbi-mortalidad del periodo 1995-1996 del Departamento de Epidemiología del Instituto de Cancerología

⁴Lista de mortalidad de cáncer mamario (año 1996) Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán

⁵SECRETARIA DE SALUD, La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud, p. 386

Según la América Cancer Society. “los factores de riesgo de cáncer mamario parecen ser más útiles para aportar claves de la aparición de tumor que para estructurar estrategias de prevención.”⁶ Sin embargo, en los programas prioritarios de atención primaria se ha considerado como ejes de la práctica del autoexamen mamario.

1.2.-FACTORES DE RIESGO.

Un factor de riesgo se define como “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.”⁷ Es importante conocer que no todos los factores de riesgo pueden ser modificables por alguna forma de intervención que logre disminuir la probabilidad de la ocurrencia de un daño a la salud específico. por ejemplo los genéticos.

Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, radicando la importancias que son observables e identificables antes de la ocurrencia del hecho que preceden.

Los estudios epidemiológicos de la OPS ha identificado como factores de riesgo de cáncer de mama: el consumo de grasas, obesidad y factores relacionados con la etapa de la fecundidad. Desde la menarquía precoz, a la menopausia, la nuliparidad, la edad del primer embarazo, altos niveles de estrógenos (endógenos, exógenos) antecedentes de enfermedad mamaria benigna, etc.⁸

⁶CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA, Op. Cit p. 856

⁷MORENO, A.L et. al. Factores de riesgo de la comunidad II, p. 185

⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, La salud de las mujeres en las americas, p.185

Martin los clasifica por su origen en:

CUADRO 1

FACTOR DE RIESGO	TASA DE MAYOR RIEGO
Personal	
Estado socioeconómico	Pudiente
Raza	Blanca
Actividad ovárica cíclica	Más años de duración
Antecedentes reproductivos	Nuliparidad, edad avanzada en el primer parto
Enfermedad mamaria benigna	Hiperplasia atípica, sin antecedentes de
Lactancia*	Sin antecedentes de lactancia
Patrones parenquimatosos	Patrón P2, Dy
Antecedentes familiares	Pariente de primer grado.
Antecedentes de cáncer	Antecedente de cáncer mamario, endometrial u ovárico
Ambiental	
Estrógenos exógenos	Uso prolongado
Grasas y Calorías +	Consumo excesivo
Consumo de Alcohol	Consumo diario
Exposición a radiaciones	Exposición dosis altas

* Cáncer premenopáusico

+ Cáncer posmenopáusico⁹

De acuerdo al cuadro anterior, la enfermedad es más frecuente en mujeres de clase socioeconómica alta que las de clase baja, las que nunca se casaron, las que viven en zonas urbanas y las monjas tal vez por su nuliparidad usual.

1.2.1.- FACTORES DE RIESGO PERSONALES

El patrón genético heredado es importante, ya que si la madre de una mujer tuvo cáncer, su riesgo aumenta 1.8 veces (80%) en lugar de 4 (30%) que se calculaba antes comparativamente con alguien sin antecedentes. Cuando el padecimiento ocurrió en madre

⁹ METTLIN, C. Breast cancer risk factors, p.186

y una hermana de la paciente, el riesgo es de 2.5 veces mayor, si se presenta en la hermana es de 2.3, por tanto el riesgo se duplica en una paciente con madre o hermana que ha tenido la enfermedad. Es conveniente señalar que si estas ultimas han tenido o tienen neoplasia premenopáusicas, el riesgo aumenta de manera significativa.¹⁰

Lynch y colaboradores encontraron que “los antecedentes de cáncer mamario de inicio temprano se vinculaba con un mayor riesgo del mismo en familiares y recomendaron que se hiciera mamografía de muestreo y posteriormente cada año a todas las pacientes con alto riesgo hereditario a partir de los 25 años. Se sugiere que el estudio se inicie a los 20 años. Aunque el riesgo de cáncer cuando son jóvenes no es muy alto y al empezar el muestreo no todos los especialistas están de acuerdo en que se debería iniciar la mamografía.”¹¹

Las mujeres con antecedentes de cáncer en una mama tienen mayor riesgo de aparición del mismo en la contralateral, igual que aquellas con antecedentes del cáncer endometrial u ovárico donde el riesgo es mayor.¹²

En cuanto a la edad de las pacientes la curva de incidencia se modifica en el período menopáusico, tal vez por los cambios hormonales producidos 10 o 15 años antes. El número de casos se estabiliza cuando las mujeres tienen de 40 a 50 años y después aumenta con la edad.

En los antecedentes reproductivos: la nuliparidad se ha vinculado con un mayor riesgo de cáncer mamario, como sucede en las monjas y personas que tienen un primer embarazo de término a edad mayor de 26 años.¹³ Otro factor determinante es la edad del primer embarazo, las mujeres cuya primera gestación se produjo durante los 18 años de edad, el riesgo es relativo comparativamente con mujeres cuyo primer embarazo se produce

¹⁰ CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA, Op. Cit., p. 858

¹¹ Idem

¹² FRANCESKMI, S Reproductive factors and cancer of the breast ovary and endometrium, p. 25

¹³ CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA, Op. Cit. p.854

después de los 24 años de edad, cuádruple si se produce después de los 30 años. Se ha sugerido que el embarazo en edades tempranas tiene un carácter protector contra el cáncer de mama, mientras que el embarazo tardío puede facilitar la aparición de la enfermedad.

En cuanto a la edad de la primera menstruación tienen un carácter crucial para la probabilidad de desarrollar cáncer de mama.¹⁴ Un ejemplo se ve en las chinas las cuales tienen cinco veces menos probabilidad de presentar el cáncer que las estadounidenses, ya que para ellas la menarquía empieza típicamente a los 17 años en comparación con los 12 años de las estadounidenses, lo que sugiere que hay una mayor exposición de estrógenos durante la vida tendría importancia etiológica.

Respecto a la lactancia algunos estudios indican que disminuye el riesgo a de aparición de cáncer, en las mujeres que amamantaron en proporción directa con la duración del proceso. El efecto es más evidente en incidencia de cáncer premenopáusico.

En la menopausia natural: las mujeres después de los 55 años, tiene riesgo doble de cáncer mamario en comparación con aquellas que ocurra antes de los 45 años.

En tanto a la menopausia quirúrgica por ovariectomía bilateral produce la menopausia artificial, se ha demostrado que disminuye el riesgo de cáncer mamario en un 33% o más, el efecto fue más notorio conforme a la edad menor en que se hizo aquella.¹⁵

Los antecedentes de enfermedad mamaria benigna después de una biopsia tienen mayor riesgo con relación a la población total de mujeres. El diagnóstico más frecuente es mastopatía fibroquística, la cual implica la presencia de quistes macroscópicos rellenos de líquido y a nivel microscópico la proliferación de tejido epitelial y mesenquimatoso. Esto ha llevado a los médicos a equiparar como riesgo cualquier nódulo e irregularidad detectada en el examen físico o mamografía. Aunque no se ha demostrado que las mujeres

¹⁴ HARRISON, Op. Cit. p. 1872

¹⁵ CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA, Op. Cit. p. 854

con nódulos en mama y no biopsiados presenten riesgo. Se ha calculado que el 80% de mujeres presentaran alguna irregularidad en la densidad tisular de la mama en cualquier etapa de su vida.¹⁶

1.2.2.- FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

De los factores ambientales: la dieta especialmente rica en grasas, aumenta la probabilidad de incidencia de cáncer mamario no demostrado en su totalidad.¹⁷

Igual sucede en la obesidad (exceso igual o mayor al 20% del peso establecido para una determinada talla, ver anexo N° 1) debido al aumento en el consumo de calorías y una baja de energía en donde intervienen factores genéticos, psicológicos y sociales que condicionan su desarrollo.

Los datos epidemiológicos correlacionan estrechamente la ingesta de grasas y la obesidad con la aparición del cáncer mamario. Una posible explicación es que los adipositos de los obesos contienen más grasa, el número de adiposos aumenta por la ingesta misma de grasas y la edad adulta, lo que produce mayor conversión de andostreodiona, hacia estrona.

Por otra parte, se ha demostrado que el aceite de pescado rico en ácidos grasos n-3 del salmón, areque y mamíferos inhiben el desarrollo de tumores mamarios al modificar el metabolismo de las prostaglandinas, lo que se ha vinculado con una baja tasa de cáncer mamario en los esquimales. Algunos autores opinan que la dieta debe contener entre 20 y 30% de calorías totales como grasa, favoreciendo la ingesta de ácidos grasos n-3 saturados de cadena media y polisaturados de cadena larga sobre todo en mujeres de alto riesgo.

¹⁶ HARRISON, Op. Cit. p. 1872-1873

¹⁷ Ibidem

Aunado a lo anterior, el consumo cotidiano de más de una ración de vegetales verdes o amarillos como espinacas, zanahorias, calabaza amarilla, papas y otros vegetales ricos en vitamina A disminuyen el riesgo en un 20 %.

El hábito de ingesta del alcohol se vincula con un incremento de riesgo de 50 a 100 %. En algunos estudios se reporta un riesgo mayor en mujeres que tomaban más de 5 gramos de alcohol al día. Cuando es de dos tragos al día aumenta a un 70 %.¹⁸

Son numerosos los datos que relacionan el cáncer de mama con los factores ambientales. Aunque ninguno de esto ha sido suficientemente concientizado para sensibilizar a las mujeres a un cambio de vida en forma concreta, hacia las recomendaciones para disminuir el contenido de grasas en la dieta, peso, consumo de alcohol entre otros, lo que es trascendente, debido a sus efectos benéficos sobre los órganos y sistemas en general para disminuir el riesgo de cáncer de mama específicamente. No obstante lo anterior algunos autores le restan importancia.¹⁹

De las sustancias endocrinas exógenas. El uso de estrógenos a largo plazo y dosis altas tienen un leve riesgo. Puesto que se desconoce el efecto del prostágeno concomitante, no se recomienda añadir un agente progestacional en mujeres sometidas a una histerectomía. El uso de acetato de depomedroxiprogesterona se relaciona con tumores benignos y malignos en sabuesos, más no, el riesgo en seres humanos.

Respecto al dietilestilbestrol las mujeres que lo ingirieron durante el embarazo tienen un mayor riesgo de cáncer mamario.²⁰

No se ha podido establecer una firme asociación de los anticonceptivos hormonales orales con la presencia de cáncer mamario. Sin embargo cuando se señala que la administración prolongada por cuatro años o más, incrementa el riesgo; así como la administración antes

¹⁸ CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA, Op. Cit. p.861

¹⁹ HARRISON, Op. Cit. p. 1872

²⁰ CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA, Op. Cit. p. 862

del primer embarazo y tras un largo período después de la lactancia, siendo significativo el riesgo.²¹

Por otra parte el National Cancer Institute y el National Institute of Environmental Health Science estudian interrogantes acerca de los posibles efectos de los difenilos polidlorados, gases provenientes de vehículos, el tomar agua contaminada, exposición a campos electromagnéticos de frecuencia muy baja, sustancias químicas formadas en los alimentos por medio de acción de altas temperaturas y otras exposiciones ambientales y ocupacionales.

La exposición a carcinógenos como el de los implantes mamarios de silicón es un factor de riesgo ya que pueden fragmentarse y liberar pequeñas cantidades de 2-tolueno diamina sustancia carcinógena en ratas. Se desconoce si ésta sustancia se acumula o almacena con el tiempo, o hasta que grado, contribuye a hacer un riesgo para los seres humanos.

Así mismo, la exposición a pesticidas, en los estudios comunicados por el National Cancer Institute refieren que las mujeres con altos niveles de sustancias químicas halógenas lipofílicas y pesticidas en sangre, representan un mayor riesgo de cáncer.

La exposición a radiación ionizante, es causa de riesgo para padecer cáncer de mama. Estudios realizados en las víctimas de las bombas atómicas arrojadas sobre Hiroshima y Nagashaky demuestran efectos producidos por dosis de radiaciones en la inducción de cáncer de mama, tras un período de latencia aproximado de 20 años. La presencia mayor, se observó en las mujeres que tenían entre 10 y 14 años de edad en el momento de la exposición, mientras que no se ha observado significancia de cáncer en mujeres entre los 30 y 49 años de edad, en ese momento.

Los efectos del tabaquismo sobre el tumor mamario, en ninguna categoría, de grupos comparables por edad, embarazo, menopausia y antecedentes, no se han podido demostrar

²¹ HARRISON, Op. Cit. p.1872

su relación, sin embargo se estudia el riesgo para el cáncer mamario así como el consumo de café.²²

1.3.- ASPECTOS DE PREVENCIÓN

Una vez teniendo el conocimiento de los factores de riesgo, sirve de base para el establecimiento de las estrategias de prevención de cáncer mamario. La mama es el órgano de la mujer que con mayor frecuencia presenta displasias o neoplasias.²³ Por ello es necesario emplear las técnicas de detección como el autoexamen mamario, visitas periódicas al médico y la mamografía, aplicados a las grandes masas de población para disminuir las tasas de morbi-mortalidad en forma sustancial.²⁴

Por tanto para mejorar el pronóstico hay que orientarse hacia el diagnóstico precoz, es decir, cuando los síntomas y los signos se han manifestado recientemente, la enfermedad es la extensión limitada, no se ha dado lugar a metástasis y la displasia puede ser extirpada empleando medios quirúrgicos y tratada con éxito mediante terapéutica física.²⁵

La prevención primaria se dirige al mantenimiento y promoción de la integridad estructura y funcionamiento de los órganos y sistemas, apoya la prevención de enfermedades específicamente antes de que aparezcan.

En las estrategias de prevención primaria es necesario promover conductas preventivas, que reconsideren el valor de la salud para la vida. Por lo que la mujer desempeña en la familia, debe ser canalizada, para que pueda actuar como agente de cambio de hábitos y estilos de vida, que representan factores de riesgo a múltiples enfermedades. La OPS señala que "al involucrar a la mujer en la promoción de la salud y prevención de

²² CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA, Op. Cit. p. 862

²³ TORTORA, M. Prevención del cáncer de útero y de mama, p. 49

²⁴ HARRISON, Op. Cit. p.1871

²⁵ TORTORA, Op. Cit. p. 49

enfermedades está realizará, ciertas actividades o dejará de realizarlas para reducir la posibilidad de enfermedades o morir ella misma o el grupo familiar.²⁶

La educación; es el medio para una mejor información; en aspectos relacionados con la salud de la mujer y su familia, con ella se desarrollarán hábitos y actitudes positivas hacia la salud y prevención de enfermedades.²⁷

Esta estrategia es ideal para evitar que la indisciplina desencadene privación frustración, dolor y tragedia ante la enfermedad. Estas se revelan y actualizan la naturaleza interior en forma negativa. Resultando cada vez menos claras en relación con el sentimiento de autorespeto y confianza saludables. Siendo esenciales para hacer consciente la participación en el proceso educativo para el cuidado de la salud.²⁸

De modo que la mujer debe estar, en óptimas condiciones para una mejor vivencia y estado de salud que repercuta en su familia, por lo que se requiere de conocimientos sobre temas de prevención y solo así podrá educar a sus hijos, equilibrar su relación de pareja sin olvidar las condiciones emocionales de autoestima.²⁹

Como técnica fundamental para la detección de cáncer de mama; el autoexamen mamario. Con este se descubre en forma oportuna enfermedades benignas o malignas. La práctica del (AEM) son las siguientes:

Inspección.- Se observa la forma y el volumen de la mama, el aspecto de la piel y la posición de los pezones.

Palpación.- Se práctica apoyando una mano, como si fuera un plato, sobre la mama y oprimiéndola suavemente contra la pared torácica con la yema de los dedos. Así se puede

²⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Op. Cit.p.88

²⁷ Ibidem

²⁸ GARCÍA, M.V. Educación para la salud propuesta de un modelo participativo sustentado en valores, p.169

²⁹ SACRETARÍA DE SALUD, Op. Cit. p. 320

apreciar la existencia de formaciones anormales, de las que se nota la eventual adherencia con los tejidos vecinos.³⁰

Al momento de la ducha, las manos se deslizan más fácilmente sobre la piel húmeda. Moviéndolo suavemente los dedos sobre cada parte, de cada seno se usa la mano derecha para examinarse el seno izquierdo y la mano izquierda para el derecho fijándose, si tienen cualquier abultamiento o protuberancia, nudo o alguna dureza.

Ante el espejo.- Inspección de los senos, con los brazos a los lados, después levantar los brazos en alto sobre la cabeza, observando si hay cualquier cambio en el contorno de cada seno, hinchazón, hoyuelos en la piel o en el pezón. Posteriormente colocara las palmas de las manos sobre las caderas y hacer presión, finalmente hacia abajo para doblar los músculos del pecho. El seno derecho y el izquierdo no serán exactamente iguales, los de pocas mujeres lo son.

Acostada para examinar el seno derecho; Ponga una almohada o toalla debajo del hombro derecho –coloque la mano derecha detrás de su cabeza, esto distribuye el tejido del seno más uniformemente sobre el pecho- con la mano izquierda y con los dedos planos haga presión suavemente en pequeños movimientos circulares alrededor de las esferas imaginarias de un reloj, –empezar en la parte superior y exterior de su seno derecho como si fuera las 12 en punto del reloj-. Después mueva los dedos hacia la 1 en punto y así alrededor de todo el círculo hasta regresar a las 12. Una especie de cordoncillo de tejido firme en la curva más baja de cada seno es normal. –mover los dedos una pulgada hacia adentro, hacia el pezón, continúe haciendo círculos para examinar cada parte de su seno incluyendo el pezón. Esto requiere por lo menos tres círculos más.

Para examinar el seno izquierdo; se repite despacio el procedimiento, con la mano izquierda detrás de la cabeza (notar como se siente la estructura del seno).³¹

³⁰ TORTORA, Op. Cit. p. 50

³¹ SIPAM, Guía práctica para el examen de seno, p. 17

En caso de anomalías en estructura de la mama corresponde a una neoplasia, cuando se intenta levantarla en los pliegues de la piel se producen umbilicaciones (signo de cascara de naranja).

Para advertir las adherencias con el plano muscular, la paciente hace contraer el músculo pectoral. Para ello acerca los brazos al tronco, con las manos se aferra los codos en sentido apuesto, tratando de realizar movimientos de abducción, empujando los brazos longitudinalmente. Cuando hay adherencias de la mama, la glándula a la pared torácica se presenta fija incluso con el músculo pectoral relajado. Después se palpan con la puntas de los dedos los huecos axilares y las fosas supraviculares, en búsqueda de nódulos inflamados con salida de líquido amarillento, pardusco, serohemático o francamente hemático, señal de proliferación epitelial y los casos extremos la existencia de un papiloma intracanicular.³²

Finalmente; apriete el pezón de cada seno, suavemente entre los dedos índice y pulgar, verificando la salida de cualquier líquido.³³

El autoexamen de seno, debe ser practicado; una vez al mes, en los días sucesivos a la menstruación.

La importancia del autoexamen, se deduce; en el hecho, que "según las estadísticas, el 98% de los tumores de la mama, son descubiertos por las mismas pacientes, con la práctica correcta del diámetro de 1 cm. (Heagensen)".³⁴

³² TORTORA, Op. Cit. p. 51

³³ SIPAM, Op. Cit. p.

³⁴ TORTORA, Op. Cit. p. 52

II.- LA MUJER

2.1. ROL DE LA MUJER

La mujer ocupa un sitio en la estructura social y se comporta de acuerdo a él, esto condiciona su forma de pensar, de actuar y de responder a necesidades propias y de su entorno. Lamas, afirma que este género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura, sobre el comportamiento femenino. Aunque hay variaciones de acuerdo a la cultura, a la clase social, al grupo étnico y en el, hasta el nivel generacional de las personas.³⁵ Lo anterior se observa claramente cuando comparamos las actividades que realizan cotidianamente las de mujeres, en la ciudad y en el campo. Las primeras vivirán con un número mayor de actividades tanto sociales, intelectuales como físicas en contraste con las del campo la cual vive con un ritmo de vida, más estable y un rol definido con pocas posibilidades de cambio.

En el caso de las enfermeras, éstas tienen el rol; de la mujeres de la ciudad, tienen, un doble rol que concuerda con el estatus actual a nivel mundial. El papel de la mujer en la vida cotidiana va ganando importancia porque no sólo está en el hogar; sino que al integrarse al medio productivo, amplía su horizonte convirtiéndose en un factor importante de su propio desarrollo, el de su familia y de su comunidad.

Esta relevancia es muy clara, al analizar la sociedad, puesto que en los últimos 10 años se ha visto un cambio de actitud de forma de pensar y en la valoración de la mujer hacia sí misma, transformándose en un ser independiente, productivo y autosuficiente, lo que le permite una mayor estabilidad emocional, que se refleja en su hacer cotidiano. Sin embargo estos cambios dan lugar a una doble carga de trabajo; sobre todo en aquellas mujeres que se encuentran más instruidas, ya que al obtener una instrucción superior, trabajan más y proporcionalmente el doble que los demás, lo que afecta directamente su salud porque está inevitablemente sometida a una mayor tensión, que con el tiempo

³⁵ LAMAS, M. La antropología feminista y nueva antropología, p. 188

repercutirá dando origen a procesos morbosos en su salud, “La mujer que trabaja (femeninamente) en su casa y (masculinamente) en el mundo, rompe con muchos esquemas y consecuentemente, es la culpable (objetiva) de todos los inconvenientes que su doble actividad supone para los demás. Fácilmente se considera a si misma y por los demás como mala madre, mala, mujer, mala esposa, y mala profesional, siendo posible que desarrolle algún padecimiento físico y algún tipo de neurosis.”³⁶

En el contexto de las enfermeras, el esquema anterior no se rompe con ya que se encuentran inmersas en un rol de vida asfixiante y enajenante, que limita el tiempo para meditar sobre su ser, sus necesidades, circunstancias, y mucho menos; en actividades relacionadas con la prevención para lograr el mantenimiento correcto de su salud.

La enfermeras se imponen un ritmo de actividades casi incesante, con pocos periodos de descanso, lo que da como resultado una dificultad para fijar patrones óptimos de actividades personales en términos de tiempo y esfuerzo físico, ya que cada mujer, se ve obligada a organizar sus quehaceres de acuerdo con su edad, estado civil, ocupación familiar y laboral, numero de niños, etc.³⁷

Como resultado de esta carga de trabajo; la enfermera, no esta consciente de que su comportamiento, actitudes y estilo de vida se pueden asociar con enfermedades físicas o psicológicas las cuales desarrollan padecimientos como el estrés, neurosis, o iniciar el proceso de enfermedades crónico degenerativas como, las cardiovasculares, los tumores, la Diabetes Mellitus, el cáncer entre otros.

La mujer al recibir, el impacto de su incorporación al trabajo fuera del hogar, va adquiriendo; hábitos impropios los cuales favorecen la aparición de actitudes nocivas para el cuidado de la salud, como fumar, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, estrés, entre otros, lo anterior determina que la mujer, pierde su integridad a través de enfermedades que repercuten en su salud de manera considerable.

³⁶ CATALAN, M. El cuerpo de la psicología femenina, p. 63

³⁷ BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, p. 107

Las enfermeras al tener una conciencia clara de las repercusiones que tiene el rol social y las actividades cotidianas en la salud, comprenderán; la importancia de la realización de actividades preventivas para la protección de la salud tanto física como mental, lo cual va a favorecer su persona, en su vida y en su familia, etc.

La adopción de nuevos hábitos saludables; para el mantenimiento de su integridad física, mental, la compromete en forma total con todas las actividades relacionadas con el autocuidado.

Toda mujer debe aprender a anticiparse a las necesidades de ella misma y posteriormente a las de los demás, lo cual permitirá el desarrollo de actitudes de autocuidado, lo que deja atrás, el concepto tradicional de que la mujer debe de satisfacer, cuidar, ayudar a todos los individuos que se encuentran a su alrededor, dejando sus necesidades en un segundo término.³⁸

Cuando la mujer reconoce en el comportamiento de su cuerpo las causas de morbi-mortalidad general femenina y las condiciones para evitarlas, logrará desarrollar una mentalidad de prevención en su estilo de vida; como: el comprender que un examen a tiempo salvara su vida. Ésto origina que incorpore a su hacer cotidiano la técnica de autoexamen mamario; sobre todo las mujeres adultas que actualmente por conciliar actividades dentro y fuera del hogar se olvidan de sí mismas perteneciendo estas al grupo más vulnerable.

2.2. PSICOLOGIA DE LA MUJER

La sociedad impone a la mujer el rol que debe desempeñar, dentro de un grupo, entendiéndose como rol social; a el papel o función que se desempeña dentro de un grupo de individuos, comunidad o entidad, estas funciones abarcan diversas áreas como la biológico, mental, psicológica entre otras.

³⁸ CARDACI, D. Educación nutricional, mujeres culpabilizando mujeres, p. 18

La demanda psicológica que surge del rol social de la mujer, es ponerse a disposición de los demás, seguir sus indicaciones, articular sus necesidades exclusivamente en relación a las de otros. Como resultado de ello "la mujer considera que ella misma no es importante, se siente devaluada, insegura, respecto a sus deseos y opiniones, rechaza el actuar por sí misma, expresar sus propias ideas y tiene una enorme dificultad en reconocerse como un ser con necesidades específicas."³⁹

Esto se muestra claramente en el personal de enfermería, por que su formación social, académica y cultural, la predispone a satisfacer las necesidades de otros en forma prioritaria como son los pacientes, familiares, médicos, sociedad, familia, entre otros. Lo anterior, propicia que sus prioridades pasen a un segundo a tercer plano, ocasionando ésto un descuido personal en forma inconsciente a nivel bio-psico-social.

Por estas razones, los padecimientos que surgen en la mujer tienen mucho que ver con las actividades que ésta realiza en la vida cotidiana. La problemática psicoemocional relacionada con alguna enfermedad es relativamente, dependiente de factores socioculturales y particulares de ella, ya que a lo largo de su vida va desarrollando creencias, prejuicios y tabúes, que son incorporados a su estilo de vida en forma pasiva, lo cual le impide reflexionar, si son actividades que favorecen o perjudican su salud.⁴⁰

Si una familia inculca a la mujer desde pequeña valores como la verdad, la rectitud, la paz, el amor, ésta podrá desechar prejuicios nocivos y desarrollar actitudes de confianza, cuidado, conocimiento, respeto, que le permitirán alcanzar un nivel de vida saludable. Si la persona vivió en un ambiente carente de valores, lleno de creencias erróneas y tabúes, tendrá tendencias a presentar actitudes que dañen la salud.

Para que exista un equilibrio benéfico entre el cuerpo y la mente, la mujer debe de armonizar su vida, entre el trabajo y la familia, complementándose en lugar de ser polos

³⁹ Idem

⁴⁰ SECRETARÍA DE SALUD, Op. Cit. p.378

opuestos. Cuando ésto sucede la mujer se enfrentará a pruebas difíciles de superar, produciéndole un desgaste físico y emocional.

El trabajo remunerado se suma al doméstico, está doble tensión mina su estado de ánimo alterando su sistema nervioso, lo que origina que acabe con su equilibrio emocional y/o mental tan importante como el buen funcionamiento del cuerpo y de la realidad social de que formamos parte.⁴¹

La mujer; debe de tener presente, que al ir envejeciendo, tiene que preocuparse más por desarrollar actitudes de autocuidado para el buen funcionamiento del cuerpo. Sobre todo que se haga a un lado la idea de que la vejez, es sinónimo de inutilidad, enfermedad, estorbo o muerte. Este cambio de actitud concederá la realización de una vida plena y fructífera.⁴²

Se ha intentado establecer por diferentes medios; la relación entre la construcción de la identidad femenina y la división del trabajo por géneros, para evidenciar los factores de riesgo que alteren la salud y así mostrar la búsqueda interdisciplinaria de prevención en éste campo, lo cual coadyuvará a mejorar las condiciones de salud de la mujer.⁴³

2.3. FORMACION DEL ESTILO DE VIDA

La mujer, al ser parte integral de la familia y la sociedad se desempeña; como ama de casa, y al mismo tiempo es una persona económicamente activa, lo que se menciona en el punto anterior. Ante este doble rol se encuentra con diversos cambios en su estilo de vida, ésto es una realidad social que asume.

El estilo de vida es: "el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general, el vivir de un individuo o grupo. Estos patrones de conducta son un conjunto de

⁴¹ CATALAN, Op. Cit. p.65

⁴² KASTENBAUN, R. Vejez años de plenitud, p. 17

⁴³ GARCÍA, V.M. et. al. Humanismo, mujer, familia y sociedad, p. 68

ideas y símbolos aprendidos durante el proceso de socialización que forman un registro imaginario que produce y reproduce los signos estereotipados como los mitos, creencias, valores y actitudes.”⁴⁴ Éste último tiene una carga de importancia, ya que las actitudes constituyen un buen predictor de cuál será la forma de conducto o de comportarse de la persona en el futuro. Pero “junto con las actitudes importa también mucho el modo en que se percibe el costo-beneficio de un determinado comportamiento.”⁴⁵ Un ejemplo es conocer cuáles son las actitudes de las mujeres respecto al autoexamen mamario, y cuál es el balance percibido por ellas de costo-beneficio de este comportamiento.

Las profesionales de enfermería, deben de tener claros y entendidos estos dos factores, puesto que las conductas de salud, se dan ante la práctica de cualquier actividad o técnica empleada en la promoción y/o mantenimiento de la salud. Como agente responsable con sus pacientes, debe hacer saber el costo/beneficio de las acciones antes mencionadas, porque el hecho de que una persona tenga una profesión no garantiza que se comporte de una forma más sana que otras. También, parece depender de otros factores como los soportes sociales, el valor y la actitud que se concede frente a la salud. Esto es el marco axiológico de los valores determina las percepciones, actitudes, creencias, momentos históricos, clase social, cultura economía entre otros. Lo que constituye un autocontrol y al mismo tiempo orienta el estilo de vida de cada persona.⁴⁶ Además de una estructura básica fija como lo es la familia que interviene directamente.

La familia, “una organización social tan antigua como la propia humanidad y que simultáneamente con la evolución histórica ha experimentado transformaciones en cada sociedad y época, acorde a las exigencias culturales y económicas, lo cual no es universal ni permanente”⁴⁷ “las funciones de la familia ante la sociedad son las siguientes:

- Reproducción de la especie

⁴⁴ BURIN, M. Signos sobre la subjetividad femenina, p. 401

⁴⁵ POLAINO, L.A. Manual de Bioética general, p. 371

⁴⁶ *Ibidem*

⁴⁷ MORENO, Op. Cit. p.119

- Garantía de desarrollo psicológico y social de sus miembros, calidad en la estructuración bio-psico-social.
- Conservación y transmisión de cultura, ideología al interior de la familia, el individuo aprende las reglas básicas de socialización, jerarquizando necesidades, poder, valor, moral, individualidad, etc.”⁴⁸

Estas funciones permitirán el desarrollo de la personalidad las experiencias sociales, modo de vivir de una persona, y esto facilita actividades determinadas que ejercen un acto y si este se realiza repetidamente formará un hábito que finalmente será una conducta, que estará presente en su estilo de vida. En este proceso se pretende la adquisición de un hábito, en cuanto al autoexamen mamario a través de una práctica constante para que éste sea parte del comportamiento, con beneficios para su salud. El hábito es la fuente de un acto, comportamiento o conducta. El hábito proviene de los actos y los actos provienen del hábito. Y los actos pueden ser de dos clases:

- a) Actos voluntarios o actos humanos: Son aquellos que el hombre domina, que controla conscientemente y quiere deliberadamente y de los que es tenido responsable, como, comer, dormir, descansar, leer, el realizarse el Autoexamen mamario conscientemente y como es debido
- b) Actos involuntarios o actos del hombre: Es lo que acontece fuera de la conciencia o no quiere deliberadamente, y de lo que no es responsable como: el sueño, el delirio, la locura, la fobia, la ira, el realizarse el autoexamen mamario con miedo, rapidez sin prestar atención, etc.⁴⁹

Al llevar acabo un acto voluntario, el ser humano activa diversos niveles de intención que pueden aumentar o disminuir la voluntariedad

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ FARGOTHEY, A. Etica, teórica y aplicación, p. 156

La intención se divide en:

La intención actual: Es aquella en que la persona tiene conciencia, en el momento que ejecuta la acción prevista, prestando atención no sólo aquello, que está haciendo, sino también al hecho de que esta queriendo ahí y en aquel momento.

La intención virtual: Formada en una ocasión y sigue influyendo sobre el acto ahora en vías de ejecución, pero no está presente con todo, a la conciencia de la persona en el momento de realizar un acto. Ejemplo, si un individuo se dirige a un lugar determinado, su intención fue actual en el momento de ponerse en camino, pero no tarda en convertirse en virtual a medida que su mente pasa a otros temas, mientras sigue el camino correcto y llega a donde deseaba ir. Ejemplo 2: Una enfermera procederá a realizarse el AEM. En la ducha, su intención es actual, pero en el instante de ejercer la actividad, esta pensando en que es tarde, hay que ir a la escuela por los hijos, que hacer de comer, etc. su mente está en otras preocupaciones pasando a ser un acto virtual aunque haya terminado de realizarse el AEM.

La intención habitual: es aquella que se formo en alguna ocasión y no ha sido retractada, pero no influye en todo, en la ejecución del acto propuesto. Es una intención que se tuvo en una ocasión y continua, pero no solamente en el sentido de no haber sido jamás revocada. Ejemplo: las enfermeras tienen la intención de realizar el AEM. Sin embargo no ha llegado al punto de realizarlo, posiblemente por el exceso de trabajo, la decidía, etc. Continuando presente, el querer llevarlo a cabo en algún momento sin decir que jamás lo hará.

La intención interpretativa: es aquella que no se ha formado pero que se habría presumiblemente formado si la persona se hubiera dado cuenta de las circunstancias.”⁵⁰
Ejemplo. Una enfermera no ha formado el hábito de practicar el AEM. Porque aún no esta consciente de que el llevarlo a cabo previene un posible cáncer de mama

⁵⁰ Ibidem p. 12

Una vez entendido lo anterior y más la intención virtual e interpretativa revirtiendo a los demás menos importancia, según sean los intereses de la persona. De igual manera para que una enfermera actué, ha de empezar por estar atraída por un bien cuando percibe algo bueno, despierta en ella un querer de aquello y si ve aquello es no sólo bueno en sí mismo, sino también bueno para ella, su querer se convierte en un deseo. Un deseo podría permanecer sin efecto, pero si el individuo comprende a lo bueno como susceptible de ser alcanzado su percepción intelectual mueve su voluntad hace un acto de intención espontánea hacia las cosas buenas.⁵¹

Por decir se tiene el deseo de practicar el AEM pero aún no se ha comprendido de que es bueno practicarlo, por lo que ese deseo permanece sin efecto alguno como el, de formarlo un hábito para que éste permanezca dentro de su estilo de vida. Sólo hasta que se comprenda que es un medio de prevención para la salud propia moverá en sí, la voluntad de llevarlo a cabo produciendo la intención espontánea hacia un acto bueno.

A lo que diríamos en pocas palabras que un acto voluntario procede de la voluntad, con un conocimiento del fin, por lo que fue el acto querido o deseado.

Todas estas ideas y símbolos determinan que tipo de estilo de vida practicará la persona; ya sea saludable o no y se puede afirmar que “un estilo de vida saludable, es aquel que genera y mantiene la salud (ayuda añadir años a la vida y vida a los años) y hace menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades.”⁵²

El hombre va formando su forma de vivir debido a sus actos humanos, que le llevan a un comportamiento o conducta determinada. “A lo que las conductas que implican riesgos a la salud, como las que la favorecen no son acciones que se realicen en forma aislada, sino

⁵¹ Ibidem p. 23

⁵² Ib. p. 24

que se encuentran determinadas en forma inconsciente o consciente por el estilo de vida de la persona o grupo social al que pertenecen.”⁵³

Por último se reafirma que el modo de vida, comprenderá un conjunto de forma de actividades tomadas por el individuo y son decisivas para la salud, ya que se conforman hábitos que caracterizan el comportamiento del individuo, los cuales conforman el mecanismo de defensa a ciertas tensiones como la enfermedad que éste no puede enfrentar en su comportamiento, del todo consciente. Entonces el hábito no sólo es forma de conducta fingida, sino una expresión integral de la persona, siendo su control una acción integral del sujeto sobre su propia salud.

⁵³ GARCÍA, Educación para la salud, propuesta.....p.48

III. CONCEPCION DE LOS VALORES EN RELACION A LA SALUD

3.1 CONCEPTO DE VALOR

El valor es un juicio sobre atributos percibidos, y caminan hacia objetivos que normalmente se asocian con una actitud, que pueden incluir dimensiones como la voluntad, honestidad asociadas a ciertas propiedades como las siguientes:

- 1.- Bipolaridad: los valores siempre pueden mencionarse por pares, un valor positivo corresponde a un valor negativo y viceversa.
- 2.- Trascendencia: consiste en que los valores se dan de un modo perfecto, sólo en esencia, pero cuando se encarnan en la vida real se presentan de un modo imperfecto.
- 3.- Preferibilidad: es aquella particularidad por la cual los valores atraen o inclinan hacia sí mismos la atención, las facultades y en especial la voluntad del hombre que los capta.
- 4.- Objetividad: consiste en que los valores se dan en las cosas o personas independientemente de que sean conocidos o no, por alguien en particular.”⁵⁴

Un ejemplo claro; es el concepto de justicia como un valor, ya que éste representa el lado positivo, mientras que la injusticia nos muestra el lado negativo, por lo tanto; se cumple el primer punto que es la bipolaridad. Con lo que responde a la trascendencia, vemos que cuando se aplica la justicia en la sociedad ésta no cumple con la forma ideológica en que fue concebida, “la justicia es ciega” puesto que sabemos de antemano que no se trata de igual forma a una persona con un estatus socioeconómico alto, a una persona con un estatus socioeconómico bajo, por lo tanto ningún valor es perfecto al aplicarse a la vida real. En cuanto a la preferibilidad, solamente cuando un individuo logra comprender en su totalidad la concepción ideal de la justicia, logrará aceptarla como un valor que rija su estilo de vida. Por último, la objetividad es lo más importante puesto que ha pesar de los

⁵⁴ Ibidem, p.49

conocimientos o juicios que tenga cada individuo de la sociedad hacia la justicia como valor, está siempre será un valor universal que regirá los mecanismos de la sociedad.

Existen dos posiciones al respecto del valor; “la objetiva que afirma la existencia y la realidad del valor como algo independiente del ser humano que valora; y la tendencia subjetiva que sostiene que el valor depende directamente del sujeto que valora.”⁵⁵

Diversos autores proponen las siguientes definiciones:

- “Un valor: es todo lo que favorece, la plena realización de un hombre como persona.”⁵⁶
- “Un valor es un carácter de las cosas, que explica, el que sean más o menos estimadas o deseadas y que puedan satisfacer para un cierto fin.”⁵⁷
- Desde la perspectiva del humanista Max Scheler nos dice que; “los valores son cualidades de un orden especial, que descansan en sí mismas, que se justifican por sí mismas, simplemente por su contenido.”⁵⁸
- Frongosa nos dice, que los valores “son principios y convicciones, son guías que nos ofrecen patrones, marcos de referencia y orientación a nuestra conducta en la vida.”⁵⁹

Un valor es una cualidad o característica propia del ser humano que se estimula a través de las vivencias, reflexiones del individuo y permiten la plena realización del hombre como persona.

Es necesario conocer la jerarquización de los valores.

⁵⁵ GUTIERREZ, R. Introducción a la ética, p.9

⁵⁶ GARCÍA, Op. Cit. p. 87

⁵⁷ FRAGOSA, L. y Rodríguez, A.L Los valores, p. 100

⁵⁸ Idem

⁵⁹ Ibidem

La jerarquización se realizó por la capacidad que tiene un valor para perfeccionar al hombre, los cuales se encuentran divididos en cuatro áreas.

1.- Valores infrahumanos: son aquellos que perfeccionan al hombre en sus estratos inferiores, en lo que tiene en común con otros seres. por ejemplo el placer, la fuerza, la agilidad, etc. estos son valores que ciertamente perfeccionan al hombre, sin embargo no ocupan , ni mucho menos, el primer puesto.

2.- Valores inframORALES: son aquellos que sólo posee el ser humano y que perfeccionan los estratos, como por ejemplo; los valores económicos, neóuticos, estéticos, sociales, etc. estos valores son los que dividen a los animales de los hombres, ya que solamente son buscados para elevar el estatus social; ejemplos son la riqueza, el éxito, la inteligencia, salud, la ciencia, la belleza, el arte, el buen gusto, el poder de la nación, el prestigio, etc. pero que por si solos no logran que el ser humano se realice con plenitud en todas sus áreas.

3.- Valores morales: son los que dependen del libre albedrío, que cada sujeto va formando y es responsable de su conducta, de tal modo que lo hacen más humanos, como la verdad, rectitud, paz, amor, no violencia. Estos valores se logran a base de esfuerzo, constancia, como mérito , por el funcionamiento del hombre como hombre y que a diferencia de los anteriores estos no se pueden heredar.

4.- Valores religiosos: son los valores sobrehumanos o sobrenaturales. Estos valores son los que se atribuyen a un ser poderoso como Dios, el cual se encuentra a un nivel superior a las potencias naturales del hombre como; la santidad, la amistad divina (gracia), la caridad, etc. Estos valores como ya se observo se encargan de perfeccionar al hombre a niveles superiores en un plano que no se encuentra dentro de los moldes naturales de lo humano.

En general cuando se ven a diferentes autores se encuentra una similitud en la

jerarquización un ejemplo es la propuesta por “Max Sheler:

- Valores de lo agradable y lo desagradable.
- Valores de lo notable y de lo vulgar.
- Valores espirituales.
- Valores de lo santo.”⁶⁰

Esta jerarquización se encuentra estrechamente relacionada con las áreas que componen la personalidad del ser humano, la cual se divide en cinco niveles.

1.- Físico: es nuestro cuerpo y a través de éste nos manifestamos es visible a nuestro exterior el valor humano que representa este grupo de valores, es la rectitud.

2.- Emocional: este rubro abarca las áreas emocionales del individuo y el valor humano representante, es la paz.

3.- Intelectual: es el llamado mental y el valor humano representante de esta área, es la verdad.

4.- Institucional: es una percepción que implica un contacto profundo con nosotros mismos y el valor humano representante, es el amor.

5.-Espiritual: éste nivel integra a los demás niveles que identifica al ser humano como tal es el nivel funcional del ser y el valor humano, es la no violencia.

⁶⁰ Ibid

VALORES Y SUBVALORES

VERDAD	RECTITUD	PAZ	AMOR	NO VIOLENCIA
Autoconocimiento	respeto	autoaceptación	cuidado	respeto/la vida
interés/conocimiento	responsabilidad	autoconfianza	compasión	consideración
curiosidad	autosuficiencia	autodiciplina	dedicación	cooperación
discriminación	contentamiento	autocontrol	devoción/amistad	buenas costumbres
igualdad	plenitud	respeto/uno mismo	perdón	lealtad
honestidad	valor	autotentamiento	generosidad	amor universal
integridad	confiabilidad	calma	felicidad interior	incapacidad dañar
optimismo	deber	concentración	alegría	comprensión
síntesis	dignidad	contento	amabilidad	cortesía
humildad	gratitud	fortaleza	compartir	aceptación cul. cost.
coherencia	coherencia	felicidad	sinceridad	humanidad
exactitud	buen comportamiento	silencio interior	simpatía	ciudadanía
imparcialidad	vida saludable	paciencia	tolerancia	igualdad
autoanálisis	servicialidad	reflexión	agradecimiento	unidad
sentido de realidad	liderazgo	tranquilidad	ayuda	servicio a los demás
búsqueda	perseverancia	desapego	entendimiento	justicia
autenticidad	sacrificio	optimismo	dulzura	solidaridad
fe	prudencia	limite de deseos	suavidad	ecología/ambiente
sinceridad	habilidad	aceptación	belleza	participación resp.
	orden	buen humor	inocencia	
	puntualidad	esperanza	ternura ⁶¹	

La importancia de que un ser humano reconozca sus valores, su concepción y jerarquización radica en que podrá tomar decisiones que sean benéficas para su desarrollo óptimo en lo físico, psíquico, mental, social.

⁶¹ Ibidem p. 23

En la sociedad no existe un sistema único de jerarquización de valores, ya que en un grupo se puede encontrar a personas con diferentes sistema de valores y tendencia a juzgarla. Siendo incorrecto porque que cada persona concibe un valor de acuerdo a de diversos aspectos.

3.2. ESTRUCTURACION DE VALORES

La cultura en general se orienta cada vez más a lo científico o tecnológico, lo que produce una rigidez en la estructura de los valores, como consecuencia el individuo de este tiempo presenta confusión e inquietud en la búsqueda de valores que sirva para afrontar la crisis de hoy. Los jóvenes y adultos se enfrentan a un mundo de problemas y decisiones que tomar cada día, referente a estilo personal; salud; trabajo, tiempo libre, estudios, religión, relaciones afectivas, familiares, amistad, provisiones materiales, dinero, vejez, cultura y otras tantas categorías, en estas decisiones entran en juego los valores como fuerza directivas de acción.

Muñoz Bautista hace énfasis en afirmar que “los valores necesitan la creación constante, personal y colectiva, no se trata de simples tradiciones, de recibir pasivamente herencias culturales, sino de crear esos valores en nuestro momento histórico.”⁶²

Por lo tanto, las cosas y actos no tienen valores intrínsecos sino cada persona le confiere un valor dependiendo de la educación, cultura, lugar, etc. , así mismo como ya se comentó los valores tienen una relación directa con quien los valora.⁶³

La descripción o mérito de un valor puede darse por reflexión personal o vivencial o por imposición. Sólo cuando la persona escoge o acepta libremente éste término se dice que surge un valor, así pues la aceptación implica una cuidadosa consideración de las consecuencias de cada alternativa, denominándose le denomina aceptación de un valor. Así mismo no se debe aceptar un valor por herencia, sino que el individuo se debe

⁶² FUNDACIÓN, Sathya, Educación en valores, p.8

⁶³ GARCÍA, Op. Cit. p. p. 123

comprometer con él mismo para buscarlo, desearlo o intentar obtenerlo “cuando el individuo ha preferido un valor debe hacer un compromiso consigo mismo para entregar todas las energías a dicho valor y a cuanto representa.”⁶⁴

El valor aceptado por una persona no es una realidad rígida, sino que se encuentra relacionada directamente con las experiencias previas, las cuales forman un estilo de vida determinado; estaríamos equivocados si pensamos que un valor cuando es incorporado a nuestra vida, ya no sufre alteraciones, al contrario los valores se van modificando al momento que un individuo presenta un cambio en sus niveles de conciencia o de experiencia, por lo que decimos que los valores están basados en tres procesos:

- 1.- Escoger: libremente, tener alternativa, pensar y considerar la consecuencias de cada suceso.
- 2.- Valorar: Valorar: apreciar, amar, ser feliz con la elección, estar dispuesto públicamente a afirmar la elección.
- 3.- Actuar: hacer algo con elección repetirla, hacerla patrón de vida.

Un ejemplo claro sería la realización de el autoexamen mamario como parte del autocuidado viendo a éste como un valor de salud, cuando a una mujer se le da a conocer la técnica y los beneficio, ella podrá estudiar las alternativas que existen para poder llevarlo acabo, debe pensar en que cada alternativa tiene consecuencia y que si eso es lo que escoge deberá llevarlas acabo. Sin embargo se ha encontrado que las mujeres siguen presentando ciertos pensamientos de rechazo hacia la técnica debido a las implicaciones físicas y morales que se encuentran inmersas al realizarla, y por lo tanto a pesar de que las mujeres conocen la técnica y los beneficios que ofrece, siguen sin realizar el autoexamen mamario por lo que aún no se han comprometido con ese valor hasta el grado de

⁶⁴ FAGOTHER, Op. Cit. p. 52

convertirlo en un patrón de vida.⁶⁵ Por lo que se puede decir los valores tienen cualidades muy específicas como son:

- Calidad del ser: estar ser al poseer esta cualidad se hace deseable a las personas
- La ordenación de existencia: el valor aparece como un título para existir
- Orden ideal: un valor sólo se hace válido cuando es valorado por una persona
- Inspiradores de juicios: se hacen juicios de valor por que se hacen experiencias previas.
- La opción por un valor no sólo es intelectual, racional, o lógico, también influye la intuición, sentimientos y afectividad
- Los valores son relativos: dependen del tiempo, lugar, sociedad, grupo, profesión, familia, raza, religión, ideología, etc.

El simple hecho de que una persona conozca un valor, no es garantía, de que realice un cambio de conducta, que origine una elevación de su estilo de vida, sino que es necesario que el hombre tome conciencia y responsabilidad sobre los valores que lo rigen, como los de la salud; lo que se logrará si conoce las fuerzas interiores que rigen los valores esenciales para mantener una situación óptima de la salud.

Las fuerzas internas más importantes en lo que respecta a la salud son las siguientes:

- Autoconocimiento: es un proceso de reflexión y autoanálisis individual o grupal.
- Autoestima: actitud individual que surge de aceptar de cómo soy, quién soy, reconocimiento de capacidades, limitaciones, sentimientos, etc.; comprendiendo mejor la naturaleza humana, tendiendo a ser más comprensivo, tolerante, solidario,

⁶⁵ INSTITUTO PEDAGOGICO SOMOAGUA, Educación y Valores, p. 254

responsable, entusiasta, participativo, desarrollando un sentimiento de aprecio a la vida y bienestar.

- Autorespeto: poner en práctica las reflexiones y decisiones acerca de que no todo produce “placer” y de que es benéfico para la salud, es el punto de maduración emocional e intelectual que lleva al ser humano a comprender que si no actúa, piensa y siente con una actitud de profundo respeto a su vida y de los demás.
- Autocontrol: responsabilidad de uno mismo, decisión de si ello es benéfico o perjudicial para la vida y salud emocional física o ambiental, sin responsabilizar a otros controlando los impulsos que surgen de nosotros mismos.
- Autosuficiencia: capacidad para prevenir y atender situaciones previas, “confianza en sí mismo” mejorando condiciones de salud en forma integral.”⁶⁶

Lo anterior permite al hombre preguntar ¿qué soy yo?, ¿de donde vengo?, ¿donde puedo estar? comprender y aceptar sus capacidades, virtudes, errores, hacia adonde se dirige, alcances y limitaciones, una introspección para buscar el ego real, que le ayuda a saber en forma concreta cuales son sus necesidades y sus capacidades para satisfacerlas.

Estos parámetros al ponerlos en práctica, un individuo en su vida diaria facilitarán el desarrollo de conductas de autocuidado como valor principal, que le permitirán elevar su calidad de vida. El autocuidado es entendido como la contribución constante del individuo a su propia existencia , a su salud y bienestar continuo. Según la OMS “el autocuidado son las acciones y decisiones que el individuo toma para prevenir, diagnosticar, identificar oportunamente y tratar algún desequilibrio en su salud, así como todo los

⁶⁶ FARGONSA, Op. Cit. p. 114

comportamientos individuales que permiten mantener la salud.”⁶⁷ El Dr. García lo define como “ la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos.”⁶⁸

Sin embargo este autocuidado puede ser afectado por diversos elementos modificadores que están presentes en un individuo en forma consciente o inconsciente como:

- 1.- “La ignorancia: que afecta el conocimiento.
- 2.- La pasión: que afecta el conocimiento de la voluntad.
- 3.- Miedo: que pone a la voluntad en un deseo contradictorio.
- 4.- Fuerza: es el empleo real de la compulsión.
- 5.- Hábito: es una tendencia adquirida por repetición.”⁶⁹

La ignorancia es el primer obstáculo para que la persona lleve acabo el autocuidado, sin embargo la ignorancia puede superarse si se adquieren conocimientos, se dice que existen tres tipos de ignorancia; la ignorancia vencible: es cuando un individuo por alguna razón no ha adquirido el conocimiento previo por lo cual su responsabilidad disminuye aunque no desaparece la ignorancia invencible: está se presenta cuando la persona tiene conciencia de como adquirir el conocimiento, pero que no hace esfuerzos suficientes para obtenerlos recayendo en él la responsabilidad, y la ignorancia afectada: significa que la persona ha pesar de que sabe como adquirir conocimientos, se escuda en la ignorancia para disminuir su responsabilidad.

La pasión es el segundo obstáculo que puede alterar el autocuidado ya que puede hacer que una persona desee hacer una cosa con más frecuencia pero con menos control, lo que

⁶⁷ GARCÍA, Op. Cit. p. 410

⁶⁸ MARINER, A. Modelos y teorías de enfermería, p. 46

⁶⁹ GARCÍA, Op. Cit. p. 320

disminuye las consideraciones psicológicas y éticas, por lo tanto el individuo tiene menos autocontrol, menos responsabilidad en su autocuidado.

El miedo es otro de los obstáculos ya que puede originar que un individuo al realizar ciertas actividades de autocuidado, al recordar experiencias pasadas, presenta una actitud de rechazo o indiferencia con el fin de evitar recuerdos no gratos. Un ejemplo es cuando una mujer se va a realizar el autoexamen mamario y recuerda que una persona que conoció en el pasado murió de cáncer, se presentará un sentimiento de miedo ante la posibilidad de que ella detecte alguna alteración que puede significar cáncer. “el miedo reduce la responsabilidad, el autocontrol, autoestima, autoconfianza, etc.”⁷⁰ dejando una mente dividida una actitud de rechazo hacia el autocuidado.

Los hábitos también afectan el autocuidado cuando son en contra de la salud, los hábitos son actos que se realizan en forma constante, mediante la repetición del mismo acto, un ejemplo: sería una actitud de desidia hacia el autoexamen mamario, lo que impide que la técnica forme parte de nuestra vida cotidiana, sin embargo se pueden adquirir hábitos favorables para el autocuidado por medio de una decisión de deshacernos del hábito nocivo, lo que se debe de hacerse en forma consciente y tras una profunda reflexión, lo cual es indispensable para evitar el regreso del hábito nocivo.

Existen muchos otros modificadores del autocuidado que se pueden mencionar como la enfermedad, el dolor, los fármacos, drogas, somnolencia, cansancio, etc. Por esta razón es indispensable que el ser humano tenga una conciencia plena sobre la importancia que tienen los valores, como parte integral de su vida, y sobre todo como base para mantener un nivel de salud elevados.

⁷⁰ FAGODHEY, Op. Cit. p. 24

IV. LA EDUCACION

4.1. LA EDUCACION A TRAVES DE LAS INSTITUCIONES SOCIALES

La participación de las instituciones sociales como la familia, la escuela, el centro laboral son fundamentales para la salud. Todas ellas constituyen la matriz del desarrollo humano, donde se derivan reflexiones sobre el proceso de salud en relación a las necesidades de autoregulación en la vida social y por lo tanto su cuidado.

La salud al ser un valor y la expresión integral del desarrollo humano, su base para conservarla se encuentra dada por la prevención, papel quien le compete a las instituciones mencionadas.

La familia es el grupo social donde el hombre expresa su mayor intimidad y espontaneidad, como grupo, tiene amplio margen de libertad para definir su propio sistema de normas, estilo de vida, etc.”⁷¹

Sin embargo la libertad juega un papel decisivo en las funciones de la familia con la sociedad en aspectos de prevención a la salud porque en ella se forma la personalidad del individuo en correspondencia con la sociedad. Desde la niñez se adquieren las actitudes respecto a la salud y a la educación, ellas le dan un sentido a la manera de pensar y de sentir con relación a estas en cuanto a los logros y metas.

En esta etapa de formación, las relaciones familiares son una fuente para el desarrollo emocional y las actitudes de los niños, las que se verán reflejadas en las etapas posteriores de la vida, porque lo aprendido en los primeros años como el afecto sólo podrá expresarse cuando se recibe.

De acuerdo a lo anterior, la formación de los valores y sentimientos hacia los demás educa la sensibilidad del niño y por lo tanto la capacidad de amar a sí mismo y a los demás.⁷²

⁷¹ *Ibidem* p. 27

Esto es decisivo para un desarrollo emocional sano hasta llegar a la adultez y también es necesario para conservar la salud tener claras las potencialidades psíquicas, moldear los hábitos cuya formación exige una sistematización de comportamientos orientados, controlados y estimulados por el adulto.⁷³

La ausencia de hábitos adecuados en la vida cotidiana, va a dañar también la función autoreguladora de la personalidad. Si al niño no se orientó la acción al ir creciendo no tendrá buena proyección. Para ello debe educarse en un régimen de estabilidad, disciplina y persistencia, ya que “los primeros años de la vida como ya se mencionó son una etapa sensible para la formación de buenos hábitos de salud.”⁷⁴

En la vida familiar, tiene un gran valor la educación moral para la salud. En ella se estructuran los sentimientos y valores que se acompañan de las vivencias. Para lo que “en un individuo bien integrado, los valores se convierten en necesidades individuales caracterizando el desarrollo de una personalidad sana.”⁷⁵

Para tal fin, es importante la comunicación en la familia, ya que ella es la expresión de una cultura reciente que abarca a toda la sociedad y sus diversos medios. Por otra parte la cultura, al ser un modo de vida que adoptan las poblaciones y un elemento de influencia decisiva en la salud, incluye las creencias, hábitos y actitudes del ser en comunidad. Esto origina diferentes concepciones de la salud-enfermedad. Lo que da en consecuencia que la familia, no sea una institución independiente del resto de la sociedad.⁷⁶

En cuanto a la institución de la escuela, es esencial porque en ella transcurre prácticamente toda la infancia y parte de la juventud, en la sociedad actual. Por su enorme importancia que tiene para la educación y para la salud, orienta la formación de la personalidad del educando que al adquirir conocimientos, hábitos, actitudes, etc. “va formando individuos

⁷² GÓNZALEZ, R.F., Personalidad, salud y modo de vida, p. 28

⁷³ Idem

⁷⁴ Ibidem p. 30

⁷⁵ Ib

⁷⁶ Idem p. 31

seguros, creativos e interesados, que sepan hacer del conocimiento un sistema personalizado, aplicable a diferentes exigencias que la vida plantea ante él.”⁷⁷

De este modo se cumple la meta esencial de la educación, al formar un individuo capaz de convertirse en sujeto de sus conocimientos, trascendiendo los criterios más conservadores de la educación.

Sin duda, la escuela transmite conocimientos referentes a la salud humana la formación de hábitos de salud, que son exigencias de la vida cotidiana para un desarrollo de intereses, así como la seguridad en sí mismo y como se mencionó antes, la autovaloración adecuada.

El proceso de enseñanza por tanto se orienta hacia la formación de criterios propios sobre las cosas y el aprendizaje de la defensa de estos, a la capacidad de expresar lo aprendido con palabras propias, y de formarse interrogantes, es decir, estimular aproximación de conocimientos a través de juicios y reflexiones. Lo que apoya la autonomía, eliminación del miedo, seguridad, flexibilidad, afán de búsqueda, aspectos psicológicos que caracterizan la personalidad sana.⁷⁸

La escuela crea toda una cultura para las relaciones personales y lo social se va cultivando, a través de un desarrollo de la individualidad, asumiendo valores concretos. Por lo anterior la familia y escuela deben de relacionarse permanentemente.⁷⁹

Otra institución es el centro laboral, pues en él pasa gran parte del día. En éste el adulto va a desarrollar su actividad productiva y profesional a lo largo de su vida teniendo un papel esencial en el bien emocional, elemento fundamental para la salud.⁸⁰ Así mismo se van canalizan sus intereses profesionales y mediante ella, va expresando aspiraciones personales, transmite conocimientos y la ejecución de los mismos, independientemente de la profesión ejercida y más aquella que trata el área de salud, como lo es la enfermería.

⁷⁷ GÓNZALEZ, C.E. Diagnósticos de la salud en México, p. 113

⁷⁸ GÓNZALEZ, R.F. Op. Cit. p. 33

⁷⁹ Idem p. 35

⁸⁰ Ibidem p. 36

Las instituciones sociales son fundamentales para la formación de valores, actitudes, hábitos, conocimientos, etc; siempre y cuando sean orientados de manera correcta.

4.2. FORMACIÓN ACADÉMICA

Las nuevas enfermeras se han encontrado en la actualidad con un mundo cambiante, el cual exige un nuevo tipo de profesionales, comprometido con lo que hacen, en todos los ámbitos , de su ejercicio laboral, de investigación o académico. Por ésta razón se está “imponiendo de forma urgente la formación de un personal participativo, reflexivo, sustentado en una escala de valores, en el que; el saber se debe de transformar en ser y el ser en un hacer correcto, es decir una búsqueda constante del bienestar propio y de los demás.”⁸¹ Para llevar a cabo esta tarea es necesario que la formación académica o la educación del personal, sufra un cambio que permita el desarrollo total de sus facultades intelectuales, morales, físicas, cognitivas, etc. lo que lo convertirá en un individuo con conciencia crítica.

Lo anterior se logrará sí se pone en práctica la nueva teoría pedagógica de aprendizaje en el momento de la formación de los nuevos profesionales de salud, que le permitirá desarrollar en el educando una conciencia crítica, con una actitud reflexiva en donde los conocimientos adquiridos tengan un significado en la vida práctica y que puedan ser utilizados en su hacer cotidiano “donde la persona aprenda a aprender, pudiendo integrar criterios que a lo largo del tiempo le serán benéficos en su vida y hacer personal.”⁸²

La mayoría de las nuevas teorías coinciden en enfatizar la importancia del aprendizaje significativo, como la base fundamental en la educación escolar, puesto que se ha demostrado en distintas investigaciones que solamente este tipo de aprendizaje logra promover en los alumnos un desarrollo personal, profundo y de impacto, dando un cambio en la concepción de valores y actitudes ya formados en su vida anterior.

⁸¹ GARCÍA, V.M, et. al. Participación social y educación para la salud, memorias del taller subregional latinoamericano, OMS/OPS/ORLA/INNSZ, P. 50

⁸² *Ibidem* p. 10

La teoría del aprendizaje es “el proceso de construcción de significados como elemento central del aprendizaje”, de acuerdo con esta teoría el alumno solamente es capaz de aprender cuando es capaz de realizar conexiones lógicas, sustantivas y no arbitrarias entre lo que aprende y lo que ya sabe, siendo mayor el aprendizaje cuando se logra establecer un mayor número de conexiones, “al relacionar lo que ya sabemos con lo que estamos aprendiendo, los esquemas de acción y de conocimiento se modifican y al modificarse adquieren nuevas potencialidades como fuente futura de atribución de significados.”⁸³ Un ejemplo claro se presenta cuando en un salón de clase el profesor, enseña a los alumnos una patología del corazón, si un alumno no tiene ningún conocimiento previo del corazón no podrá comprender ningún termino que se le esté enseñando, ya que no tiene un marco de referencia sobre los conocimientos impartidos, en cambio el educando que tiene conocimientos previos sobre anatomía y fisiología cardiaca logrará hacer conexiones lógicas sobre el nuevo tema, por otro lado si un alumno, tiene conocimientos anteriores sobre anatomía, fisiología, biología, física, farmacología, y ha tenido experiencias con este tipo de enfermedades podrá realizar un mayor número de conexiones lógicas que sus compañeros. Sin embargo se sabe que un gran número de la gente solamente realiza ensambles parciales en el conocimiento.

Estos conocimientos previos no garantizan que el alumno aprenda, ya que existen otros factores que influyen directamente en la adquisición de conocimientos, sino que es necesario “que el nuevo material de aprendizaje, sea potencialmente significativo.”⁸⁴ Para ello debe de cumplir con los siguientes requisitos:

- Intrínsecos: que el contenido tenga una estructura interna, una cierta lógica y un significado en sí mismo, ya que difícilmente el alumno podrá aprender si el contenido es vago, arbitrario, sin un orden en los conceptos, la forma en que se le presenta al alumno.

⁸³ UNAM, Fundamentos Teóricos, p. 13

⁸⁴ *Ibidem* p. 12

- Extrínsecos: son las capacidades que tiene el alumno para asimilar el contenido que se le está exponiendo. Que ponga en forma no arbitraria lo que ya conoce y que pueda asimilarlo en las redes de significados ya construidos, a través de sus experiencias previas, motivaciones, expectativas, intenciones y objetivos para aprender.⁸⁵

Aunados a estos puntos “es importante que el educando tenga una actitud favorable para aprender ya que los sujetos más autodeterminados, flexibles, creativos, de mayor riqueza de interés; establecen múltiples y variadas conexiones entre lo nuevo y lo que ya conocen.”⁸⁶

Cuando no se cumplen con estos requisitos, el educando solamente se limitará a memorizar los contenidos en forma mecánica y repetitiva, lo cual resulta más económico en cuanto a tiempo y esfuerzo. Sin embargo éste tipo de conocimientos en un tiempo limitado se perderán habiendo representado un esfuerzo inútil.

Otro obstáculo que se presenta en el proceso de enseñanza es el significado y sentido que se tiene de éste, ya que el sentido y el significado no es el mismo para el profesor que para el alumno. Esto está determinado por los objetivos, las intenciones y motivaciones que se encuentran alrededor de ellos en el momento que se lleva a cabo la exposición del tema a tratar. También interfiere en la relación alumno y profesor aspectos emocionales ya que es determinante la admiración, respeto y afectos que exista entre estos personajes centrales de este proceso.

Otros aspectos o procesos psicológicos que existen como mediadores entre la enseñanza y los procesos del aprendizaje son: el desarrollo de la flexibilidad, la capacidad de reflexión, capacidad para estructurar el campo de acción, los intereses, las formas culturales (temas conceptuales y aplicativos, los valores, las normas, actitudes, vivencias, rol familiar, costumbres, modo de vida, etc) y otros campos de la personalidad que le garantizan al individuo una orientación-activa-transformadora hacia el conocimiento, convirtiéndolo en

⁸⁵ Idem p. 15

⁸⁶ Ib p. 65

el sujeto del proceso del aprendizaje, mientras que la rigidez, la inseguridad, la apatía, lo orientan a una posición pasiva-descriptiva del educando.⁸⁷

A pesar de que hay grandes adelantos en el campo de la educación, éste ha sido invadido por el espíritu de la tecnificación, el cual sólo tiene como prioridad perfeccionar las vías y procedimientos que contemplan la organización y perfeccionamiento del plan de estudios. Esto ocasiona una estandarización en el aprendizaje, limita la individualidad del maestro y del alumno, que los subordina a un sistema de procedimientos pautados que no toma en cuenta las diferencias individuales y mucho menos las regionales, así mismo los alumnos no integran todas sus experiencias y conocimientos anteriores a los nuevos, formando un bloque de profesionales homogenizados, cuyo aprendizaje sólo depende de un sistema creado y formado para dirigir la enseñanza hacia un punto exclusivo, impidiendo la utilización de la creatividad, reflexión, curiosidad innata en los alumnos.

Los actuales planes de estudio se encuentran saturados de información, con tiempo muy limitado para tratarlos, un ejemplo claro al respecto es el tema de autocuidado, cuando éste es tratado en el salón de clase, debido a la premura del tiempo, el tema de autocuidado se ve como un cúmulo de conceptos, sin ningún significado para los alumnos, ya que no hay tiempo para ver las experiencias y conocimientos previos que servirán como marco referencial, para hacer conexiones lógicas que faciliten un aprendizaje significativo, el cual permitiera una reflexión profunda, la aprobación del concepto y su asimilación de éste en los valores propios originando un cambio de actitud alcanzar un estilo de vida saludable. Al contrario se ha visto que el aprendizaje de estos conceptos los alumnos lo realizan de forma pasiva y memorística lo que impide la comprensión y apropiación de los conocimientos siendo imposible un cambio de actitudes, conductas y estilo de vida, así como la integración de temas nuevos o novedoso por ejemplo: la moral, los valores, el autocuidado; que permitan el crecimiento a todos niveles del estudiante como ser humano, esto ocasiona que se utilice el método tradicional de enseñanza (repetitivo, memorístico) por lo que la educación se sigue observando en las aulas en

⁸⁷ GARCÍA, Participación social..., p. 54

forma fragmentada, diluida, irrelevante, impersonal, extrínseca, utilitaria y directiva; formando profesionales con enfoque curativo y no con características preventivas, de reflexión y acción que lo conviertan en el personaje principal de la educación.⁸⁸

Por tal razón “para mejorar la formación de profesionales de la salud es necesario que se provoque desde su formación académica, una actitud sensible y motivada estimulando la conciencia individual. Donde la formación debe ofrecer al estudiante una visión global de la educación con respecto a la salud, en forma básica, con temas específicos, tiempo suficiente, para que sea comprensible. De este modo tener éxito a nivel persona, lo que repercutirá en forma directa en lo laboral, social, físico y emocional.”⁸⁹

La educación debería de tratar de ponenciar o modificar hábitos y actitudes así y como de promover la acción colectiva en pro de la salud y no sólo de transmitir conocimientos, lo que se ha observado en los alumnos al tener su formación académica casi siempre adoptan una actitud receptora, lo que ocasiona la formación de un enfermero (a) pasivo incapaz de tomar decisiones para la solución de problemas propios o de la comunidad.

El reto es desarrollar e implementar una educación, que facilite que las personas tomen el control de sus vidas, para alcanzar una mejor calidad de vida. “sólo se logrará si se implementan nuevas estrategias, perspectivas y metodología a través del desarrollo e implementación de programas que consideren, los problemas reales y cotidianos que enseñen a las personas prácticas y estilos de vida saludables que induzcan un cambio de hábitos y costumbres con el fin de hacer frente a un problema.”⁹⁰

“Aprender en un sentido más amplio, es aprender a vivir de una forma más comprometida, más creativa, más autodeterminada y más sana.”⁹¹

⁸⁸ Ibidem p. 59

⁸⁹ Idem p. 69

⁹⁰ Ib p. 68

⁹¹ MORENO, A.L Op. Cit. p. 65

4.3. EDUCACION PARA LA SALUD

Para lograr profesionales en salud comprometidos con ellos y la sociedad, es fundamental crear una cultura en salud a través de la educación para la salud, la cual se concibe como “ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables a la salud, se constituye en un instrumento técnico para la modificación de conductas nocivas a la salud, que en muy raras ocasiones evalúan la calidad de estas con base a los objetivos perseguidos.”⁹²

Por tal motivo se hace necesario, una recapitulación de lo que es la educación para la salud, o por lo menos lo que debería de ser. Definir su objetivo de estudios, las disciplinas que la constituyen y la forma en la que el personal de salud deberá incorporarla a su práctica cotidiana, comenzando por él mismo para posteriormente dirigirse a la población, comunidad y así determinar necesidades de salud y formular alternativas de solución, sin olvidar, llevar a cabo un proceso continuo de autodesarrollo y aprendizaje.

“La educación para la salud debe fomentarse y utilizarse como un instrumento de cambio, un proceso de enseñanza-aprendizaje que propicie modificaciones en las pautas de conducta, que fomente el autocuidado y la responsabilidad sobre su propia salud.”⁹³

El personal de salud, por lo tanto, deberá responsabilizarse de su propio compromiso como educador para la salud, en un sentido más amplio. Considerando a la educación para la salud como una disciplina aplicativa en busca de cambios en las pautas de conducta y estilos de vida, favoreciendo a la salud del individuo y/o población.⁹⁴

⁹² Idem p. 66

⁹³ Ibidem p. 66

⁹⁴ POLAINO, Op. Cit. p. 362-363

La educación para la salud no se puede escapar a la exigencia de una ética, profesional. Sin embargo las conductas de los educadores para la salud aún están muy alejadas de guiarse y disponer de algún código que las regule.⁹⁵

⁹⁵ GÓNZALEZ, R.F. Op. Cit. p. 7

V. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

5.1. ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA SALUD

La salud es un bien que requiere de una atención especial y razonable, un proceso de adaptación interna tanto físico como mental. Por lo que se tomarán en cuenta, aspectos que integran la comprensión hacia la salud como los siguientes:

- a) El experimentar bienestar, sentirse bien, motivado hacia la vida y con intereses definidos hacia actividades y personas concretas.
- b) Ser capaz de autorregularse a partir de una cultura sanitaria, expresar un modo de vida sano en donde las actividades concretas se realicen, como el llevar a cabo la práctica el AEM.
- c) Que el estado actual del organismo represente un momento esencial de la optimización futura de los mecanismos y procesos implicados en la salud humana.⁹⁶

Al igual que los aspectos antes mencionados, también los psicológicos influyen en la salud. Investigaciones recientes han demostrado que todas las enfermedades tienen una etiología psicosomática, pues lo psíquico participa de una u otra forma en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Durante años el término psicosomático estuvo reservado para enfermedades donde lo psíquico encontraba una relación lineal en la sintomatología, como la hipertensión, úlceras, gastritis entre otras. Y con la aparición del término estrés investigaciones orientadas a la salud incrementan considerablemente que la tensión negativa parece asociado a transformaciones incluso del sistema inmunológico, así mismo juega un papel importante en la etiología de las enfermedades como el cáncer.

Se dice que lo mental afecta lo somático no por la aparición de síntomas, sino por la multiplicidad de formaciones, mecanismos y manifestaciones funcionales que resultan

⁹⁶ Ibidem p. 8

generadoras de inseguridad, ansiedad, miedo alcanzando un nivel psicológico y afectado el funcionamiento del organismo.⁹⁷

Sin embargo también existen individuos que sin estar sometidos a tensión generan un sistema de actividad débil que se expresa en el modo de vida carente de estímulos, cultura, para comprometerlo de forma activa en distintas esferas de su vida. Esto representa un modo de vida pasivo caracterizado por actividades que pueden dañar la salud, como el fumar, descanso exagerado o actividades exagerada, mala alimentación en si lo que sería malos hábitos.

La salud, al ser un proceso integral que influye en ella, donde el tipo de motivaciones y aspectos del hombre, así como la forma en que este las configure. Lo anterior Implica las potencialidades personales, las cuales resultan esenciales en el desarrollo del proceso de salud como necesidades básicas para la supervivencia que ha de satisfacer la autorregulación y el sentirse pleno para una salud óptima.⁹⁸

Sin olvidar que todo proceso es transitorio debido a las exigencias del momento histórico, social lo cual va cambiando el desarrollo social, cultural, educativo y por ende la mentalidad de la humanidad.

Desde el punto de vista prospectivo, los profesionales de la salud en la actualidad y en un futuro deberán ser más razonables y conscientes a todo lo antes visto, lo que darían una expresión de suma importancia en la salud humana, comenzando por analizarse individualmente antes que a los demás.

⁹⁷ Ibid p. 12

⁹⁸ Ibid

5.2. CONCEPCION DE SALUD-ENFERMEDAD

El ser humano no se enferma sólo, sino que la salud y la enfermedad son productos de la forma en que éste se apropia y transforma al relacionarse con los demás. Esto depende del momento histórico, rol social, educación que influye en las expectativas, la voluntad, intención, deseos, hábitos y actitudes que rodean al individuo dando como resultado conductas saludables o no, en su estilo de vida, lo cual se ha visto a lo largo de la investigación. De lo anterior resulta una transformación de la concepción de salud-enfermedad posiblemente diferentes a lo que se debería concebir para lograr un aumento en la calidad, a través de medidas tendientes para prevenir el daño a la salud.

Algunos conceptos de salud y de enfermedad que fundamentan los marcos políticos son:

Según Faye Glem Abdellah “la salud es el estado en que el individuo no tiene necesidades insatisfechas ni deterioros anticipados o actuales.

Callista Roy dice que es un estado y proceso del ser y llegar a ser integrador y total

Para Virginia Henderson indica que Es el margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial mas alto de satisfacciones en la vida”.⁹⁹

La OMS señala que la salud es “el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.”¹⁰⁰

En cuanto a la enfermedad, San Martín nos describe “que es un desequilibrio biológico, ecológico o una falla en los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de decisión ante los estímulos exteriores.”¹⁰¹

⁹⁹ PAQUETE DE TEORÍAS DE ENFERMERÍA, Fundamentos II p.

¹⁰⁰ MORENO, Op. Cit. p. 2

¹⁰¹ SAN MARTÍN, Salud y enfermedad, p. 430

Higashida dice que "es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar".¹⁰²

Los conceptos son variados, por lo que cada individuo conceptualiza o concibe a la salud o a la enfermedad de manera distinta, por las siguientes condiciones.

- a) "La salud no se puede identificar como un estado de normalidad, pues a nivel individual es un proceso único e irreplicable con manifestaciones propias. La salud no es una medida, es una integración funcional que a nivel individual se alcanza por múltiples alternativas.
- b) La salud no es un estado estático del organismo, es un proceso que constantemente se desarrolla, donde participa de forma activa y consciente, el individuo en calidad de sujeto.
- c) En la salud se combina estrechamente factores genéticos, congénitos, somáticos, funcionales, sociales, psicológicos, culturales, entre otros.
- d) La expresión sintomática de la enfermedad es resultante de un funcionamiento estable de las funciones y mecanismos que expresan el estado de salud".¹⁰³

Entonces la salud no será sólo la ausencia de síntomas, sino un funcionamiento integral que aumenta y optimiza los recursos del organismo para disminuir la vulnerabilidad de los diferentes procesos y las causas de la enfermedad.¹⁰⁴ En conclusión cada persona conceptualiza la salud-enfermedad, según sus experiencias, necesidades, intereses, aspiraciones, expectativas, conciencia, responsabilidad y valores que se le den a estos aspectos para contribuir a mantener la salud o modificar la enfermedad.

¹⁰² HIGASHIDA, Bertha, Ciencias de la Salud, p. 402

¹⁰³ GÓNZALEZ, R. Op. Cit. p. 8

¹⁰⁴ Idem

HIPÓTESIS

Los factores psicosociales y formación académica influyen en la actitud del autocuidado a través del autoexamen mamario en las enfermeras del Sistema de Universidad Abierta de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y del Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”.

Los factores psicosociales y formación académica no influyen en la actitud del autocuidado a través del autoexamen mamario en las Enfermeras del Sistema de Universidad Abierta de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y del Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”

METODOLOGÍA

VARIABLES E INDICADORES

- Enfermeras del SUA-ENEO y del I.N.N.S.Z.
 - Edad
 - Peso
 - Talla
 - Estado civil

- Factores Sociales
 - Cultura
 - Educación
 - Trabajo
 - Valores
 - Rol de la mujer

- Factores Psicológicos
 - Autoestima
 - Autoconfianza
 - Autoconocimiento
 - Autocuidado
 - Toma de conciencia
 - Aceptación
 - Rechazo
 - Decidía
 - Pena
 - Temor

- Formación académica
 - Enfoque de riesgo
 - Menarca
 - Gestos
 - Amamantar
 - Anticonp.
 - Menopausia
 - Tabaquismo
 - Tema de autocuidado
 - Conciencia

- Autoexamen mamario
 - Conocimiento de la técnica.
 - Frecuencia

CODIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dependiente	Independiente	Cualitativa	Cuantitativa
Enfermeras de SUA-ENEO y I.N.N.S.Z	*			*
Factores sociales	*		*	
Factores psicológicos	□*		*	
Formación académica	*		*	
Autoexamen mamario	*		*	*

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

ACTITUD: Es la expresión individual, organizada, lógica del pensar, sentir y reaccionar; en relación con personas, grupos sociales, en cualquier suceso en el ambiente.

AUTOCUIDADO: O.M.S define todas aquellas acciones y decisiones que el individuo toma para prevenir, diagnosticar <identificar oportunamente> y tratar algún desequilibrio en su salud así como todos los comportamientos individuales que permiten mantener la salud.

AUTOCONOCIMIENTO: Es un proceso de reflexión y autoanálisis individual o grupal que permite, en primer instancia a definir "Qué soy yo".

AUTOCONTROL: La responsabilidad que se tiene a través de los impulsos que surgen de uno mismo.

AUTOESTIMA: Actitud fundamental para poder aspirar a lograr un desarrollo saludable.

AUTOEXAMEN: Es la evaluación que se realiza el propio individuo para fines de autoconocimiento y diagnóstico.

AUTORESPETO: Actitud de profundo respeto a su propia vida y a los demás.

DETECCIÓN OPORTUNA: Identificar oportunamente cualquier acción y efecto.

FACTOR DE RIESGO: Cualquier factor que haga que una persona o grupo de personas sean vulnerables a una enfermedad, lesión o complicación.

FORMACIÓN ACADÉMICA: Congregar, juntar, integrar ciertos elementos que se van dando a través de nuestra trayectoria escolar.

PSICOLÓGICO: Todo lo que trata el alma, sus facultades y operaciones y lo que involucra al espíritu, sentir y la forma del ser.

SOCIAL: Todo aquello que se relaciona con la sociedad en donde están presentes factores políticos, sociales, económicos, culturales, educativos, etc.

VALOR: Es una cualidad o característica propia del ser humano que se estimula a través de las vivencias, reflexiones del individuo y permitir la plena realización del hombre como persona.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Observacional
- Transversal
- Descriptiva
- Comparativa

POBLACIÓN Y MUESTRA

La presente investigación se realizó en las enfermeras del Sistema de Universidad Abierta de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y las enfermeras del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran, ambas pertenecientes a la delegación Tlalpan.

Las muestras fueron aleatorias, las cuales se encuestaron del 1o. de septiembre al 31 de octubre de 1997.

Las muestras se calcularon en forma aleatoria y posteriormente se optó por convencional, las cuales se encuestaron del 1° de Septiembre al 31 de Octubre 1997.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las enfermeras del SUA-ENEO mayores de 25 años, de nivel técnico y que ejercen la profesión.

Las enfermeras del I.N.N.S.Z, área hospitalaria, nivel técnico mayores de 25 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Enfermeras que no pertenezcan a alguna de las Instituciones antes mencionadas, las menores de 25 años, las que no ejercen la profesión y no sean de nivel técnico.

MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la estructura del marco teórico se utilizaron las técnicas de investigación documental, bibliográfica a través de fichas de trabajo tipo resumen, frase, ideas y fichas bibliográficas clasificadas y el empleo de citas de autores.

La fuente de información.- obtenida mediante la información de biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Cancerología, Centro de Integración para la mujer, Departamento de Educación para la salud, Departamento de Bioestadística y Unidad de Epidemiología Clínica pertenecientes al Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran.

En cuanto a la investigación de campo se utilizó la encuesta ya que se trabajó con una muestra. La recolección fue la entrevista estructurada a través de un instrumento esto es el cuestionario.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Esta se llevo a cabo mediante una encuesta, la cual consistió en 28 preguntas, 20 fueron de selección múltiple, 8 preguntas parcialmente estructurada y 1 abierta. El instrumento se aplicó a un total de 71 enfermeras: 40 enfermeras del SUA-ENEO y 31 del I.N.N.S.Z.

El tipo de investigación se hizo por encuesta a través de la observación y supervisión directa para evitar intercambio de preguntas, consultas entre las enfermeras, favoreciendo así la confianza en sí mismas y asegurar respuesta personal.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

RECURSOS HUMANOS

La participación de dos pasantes de la Licenciatura Espinosa García Edith Ma. Arlette y Solorio Cadena Rosalba pertenecientes la ENEO, la profesora Lic. Iñiga Pérez Cabrera asesora de Tesis de la misma Institución y el Dr. Antonio Villa Romero asesor de estadística e investigador titular de la unidad de epidemiología Clínica del I.N.N.S.Z.

RECURSOS MATERIALES

libreta de registro

lápiz

pluma

computadora

hojas blancas

fichas de trabajo

hojas de tabulación

laboratorio de cómputo: diskette,

RECURSOS FINANCIEROS

\$ 4,000.00

PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizó la fórmula para muestra aleatoria sistemático

$$n = \frac{(N) (Zc)^2 (P) (Q)}{(d)^2 (N \times 1) + (Zc)^2 (P) (Q)} \quad \text{donde } Zc = 3.84$$

$$d = .01$$

$$P = .90$$

$$Q = .10$$

$$= .05$$

La cual se aplico a cada población de dichas instituciones donde el SUA-ENEO tuvo cuatro grupos con 30 alumnas dando un total de 120 personas, sin contar los 11 grupos con 30 alumnos más distribuidos en otras instituciones. Esta dio como resultado 15.2 instrumentos aplicando 40 encuestas, en cuanto al I.N.N.S.Z. de 372 enfermeras a través de la fórmula 16.05 para su aplicación.

Dado que no fue posible localizar personalmente a los sujetos de la muestra, se optó por una muestra convencional en donde el tiempo fue parámetro de delimitación de esta. Durante el mes programado para las entrevistas se contemplaron 40 encuestas por cada población. Aún así se encontró falta de interés por parte del personal de enfermería del I.N.N.S.Z. por el exceso de trabajo en cualquier instante por lo que solo se obtuvieron 31. Posteriormente se enumeraron los instrumentos por población para dar un orden y distinción entre ambas, concentrando los datos en una hoja de tabulación y vaciados después a la base de datos, con el programa Dbase plus III.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Para facilitar y respaldar el trabajo se creo una base de datos en computadora (Dbase III plus) el cual se leyó en SPSS/PC versión 5.0, una vez ya capturados los datos, se procedió a etiquetar variables, ejemplo: si en la base tenemos la variable fx lo cual significa "Frecuencia" con que se realiza el autoexamen mamario" para después darle sus categorías, ejemplo: 1)cada mes, 2) 2 a 4 meses 3) cada que recuerda, 4) nunca se lo realiza y así a cada variable indicador.

Se eliminaron los ceros en la ausencia de respuesta con el fin de diluir el porcentaje.

Se trabajo en dos niveles de análisis, en el Primer Nivel de Análisis. Se obtuvieron frecuencias absolutas que son los totales y relativas que son todos los porcentajes, esto sirvió para generar tablas descriptivas de la información.

Segundo Nivel de Análisis: Se realizaron pruebas estadísticas para determinar las diferencias significativas entre los datos (Comprobación de hipótesis a través de la Chi2 de Pearson) aplicable a variables categóricas (cualitativas). En el caso de las variables categóricas (cuantitativas) como la edad, peso, talla, estas fueron recodificadas en estratos y analizadas de igual forma, con la Chi2 de Pearson.

CODIFICACIÓN

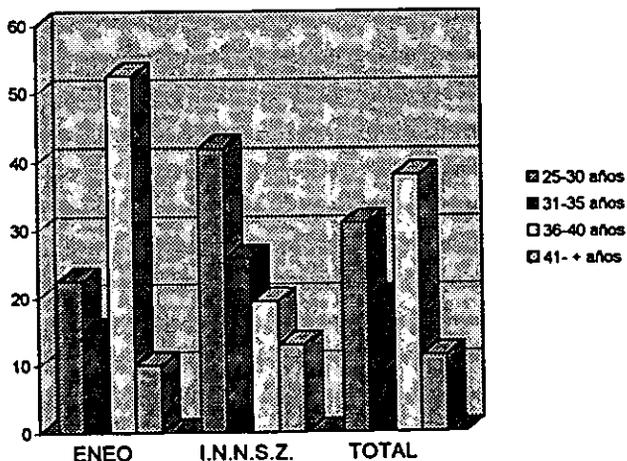
Se elaboraron cuadros con sus respectivas frecuencias y porcentajes de cada pregunta y opciones, el porcentaje esta dado sobre el total de cada población, la última columna son la suma de ambas poblaciones por lo que el porcentaje de cada frecuencia es sobre el valor absoluto. Una vez tabulados los valores se realizaron las gráficas a través del paquete de Windows.

RESULTADOS

**CUADRO Y GRÁFICA No. 1
 EDAD QUE TIENEN LAS ENFERMERAS DE LAS
 INSTITUCIONES DE LA ENEO Y I.N.N.S.Z.**

EDAD	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
25-30 AÑOS	9	22,5	13	41,9	22	31
31-35 AÑOS	6	15	8	25,8	14	19,7
36-40 AÑOS	21	52,5	6	19,4	27	38
41- + AÑOS	4	10	4	12,9	8	11,3
TOTAL/P.03949	40	100	31	100	71	100

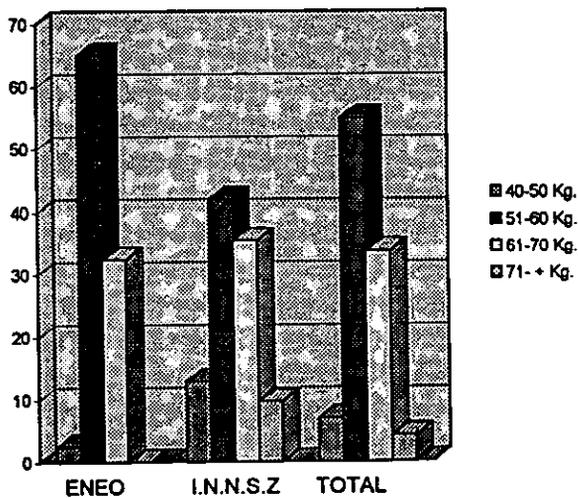
FUENTE: Instrumento de recolección de datos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) y el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran (I.N.N.S.Z).
 Octubre-Noviembre, 1997 México D.F.



CUADRO Y GRAFICA No. 2
PESO EN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z.

PESO	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
40-50 Kg.	1	2,5	4	12,9	5	7
51-60 Kg.	26	65	13	41,9	39	54,9
61-70 Kg.	13	32,5	11	35,5	24	33,8
71-+ Kg.	0	0	3	9,7	3	4,2
TOTAL/P.04034	40	100	31	100	71	99,9

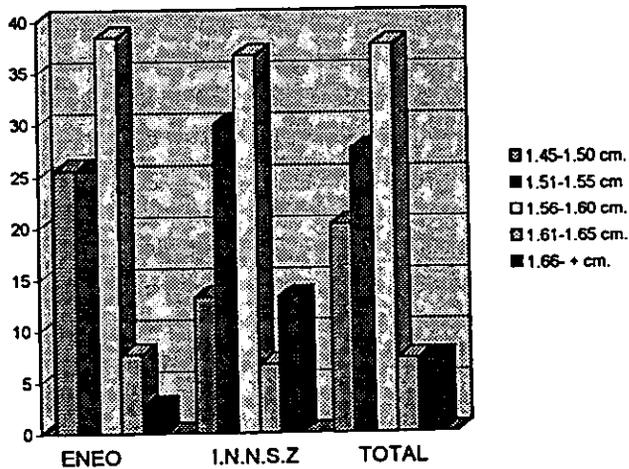
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRAFICA No. 3
TALLA DE ENFERMERAS DE SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z.

TALLA	ENEO		I.N.N.S.Z.		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
1.45-1.50 cm.	10	25,6	4	13,3	14	20,3
1.51-1.55 cm.	10	25,6	9	30	19	27,5
1.56-1.60 cm.	15	38,5	11	36,7	26	37,7
1.61-1.65 cm.	3	7,7	2	6,7	5	7,2
1.66- + cm.	1	2,6	4	13,3	5	7,2
TOTAL/P.38793	39	100	30	100	69	99,9

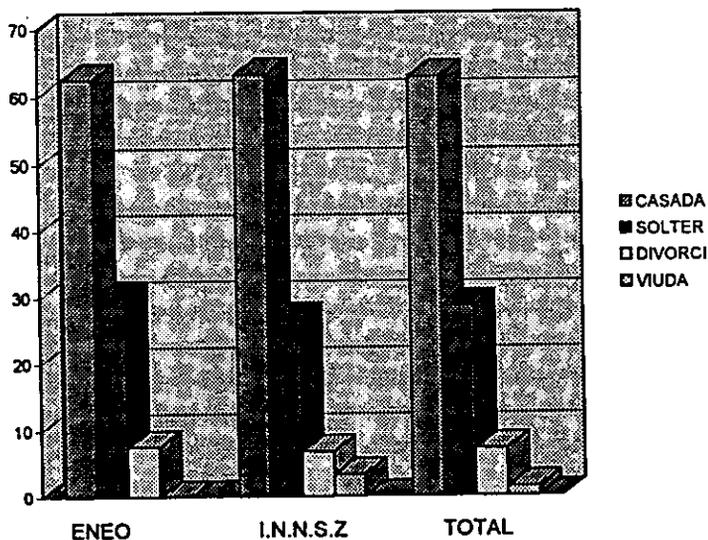
FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 4
ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z.

EDO. CIVIL	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
CASADA	25	62,5	19	63,3	44	62,9
SOLTERA	12	30	8	26,7	20	28,6
DIVORCIAD	3	7,5	2	6,7	5	7,1
VIUDA	0	0	1	3,3	1	1,4
TOTAL/P.07119	40	100	30	100	70	100

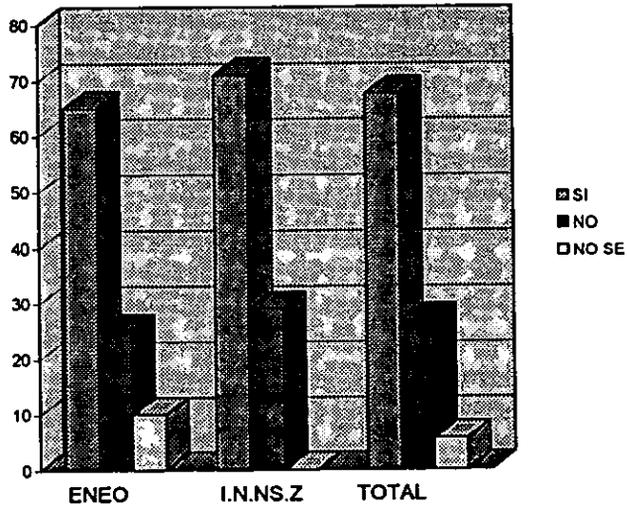
FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No.5
EL HÁBITO DE FUMAR PODRÍA SER UN FACTOR
DE RIESGO PARA CONTRAER CÁNCER DE MAMA

FUMAR	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	26	65	22	71	48	67,6
NO	10	25	9	29	19	26,8
NO SE	4	10	0	0	4	5,6
TOTAL/P.19223	40	100	31	100	71	100

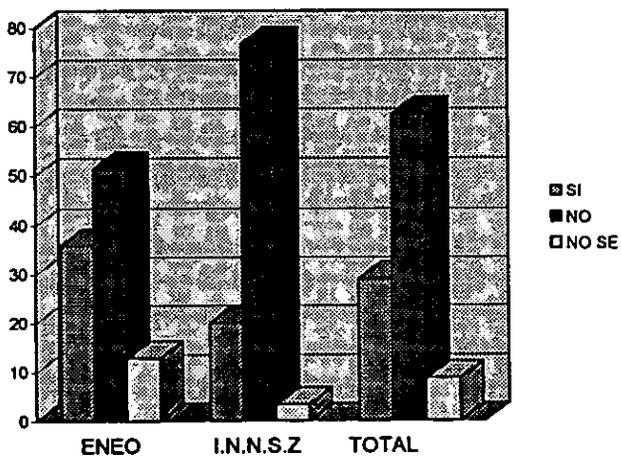
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 6
LA MENSTRUACIÓN Y EL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD
SON UN FACTOR DE RIESGO PARA PADECER CÁNCER DE
MAMA

MENSTRUACIÓN	Eneo		I.N.N.Z.S		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	14	35,9	6	20	20	29
NO	20	51,3	23	76,7	43	62,3
NO SE	5	12,8	1	3,3	6	8,7
TOTAL P.06262	39	100	30	100	69	100

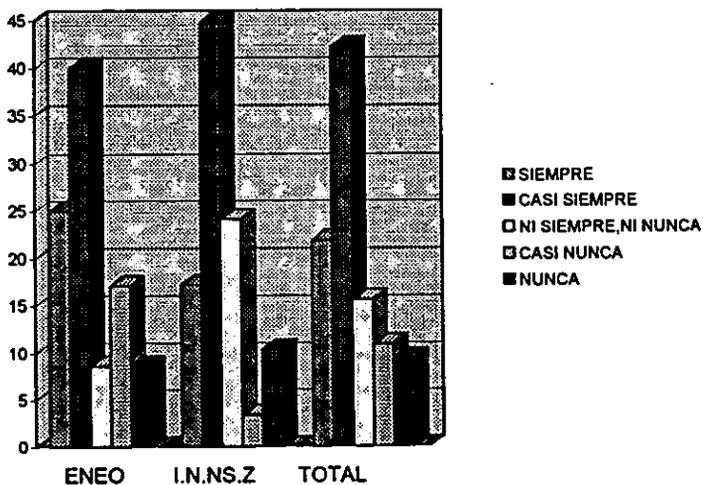
FUENTE. La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 7
INFLUENCIA DE LA NULIPARIDAD, EDAD DEL PRIMER EMBARAZO
YA SEA TEMPRANO O TARDÍO PARA SER FACTOR DE RIESGO EN
UN CÁNCER DE MAMA

NULIPARIDAD	Eneo		I.N.N.S.Z		Totales	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	9	25	5	17.2	14	21.9
CASI SIEMPRE	14	40	13	44.8	27	42.2
N/SIEM-NUNCA	3	8.6	7	24.1	10	15.6
CASI NUNCA	6	17.1	1	3.4	7	10.9
NUNCA	3	8.6	3	10.3	6	9.4
TOTAL/P.21141	35	100	29	100	64	100

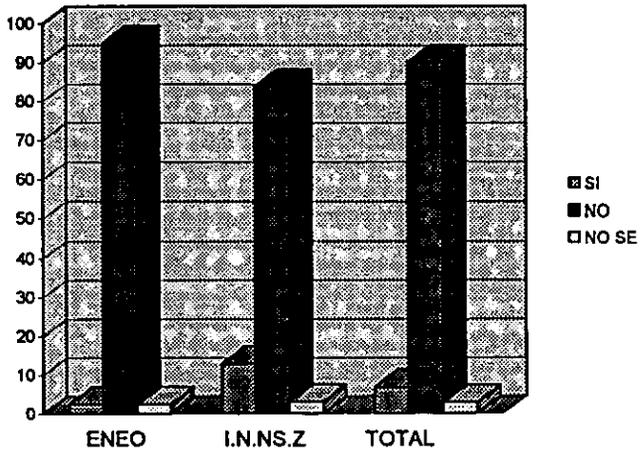
FUENTE. La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 8
LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO
PARA LA APARICIÓN DE CÁNCER DE MAMA

LACTANCIA	Eneo		I.N.N.Z.S		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	1	2,5	4	12,9	5	7
NO	38	95	26	83,9	64	90,1
NO SE	1	2,5	1	3,2	2	2,9
TOTAL/P.22802	40	100	31	100	71	100

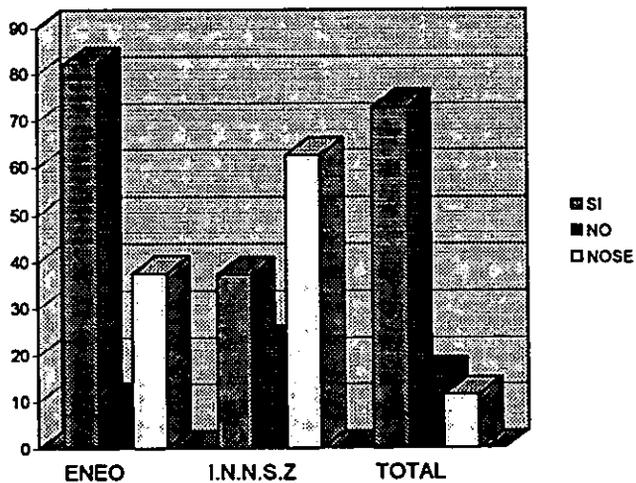
FUENTE. La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 9
USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES
PARA FAVORECER EL DESARROLLO DE CÁNCER MAMARIO

ANTICONCE.	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	32	82.1	19	37.3	51	72.9
NO	4	10.3	7	22.6	11	15.7
NO SE	3	37.5	5	62.5	8	11.4
TOTAL P. 15207	39	100	31	100	70	100

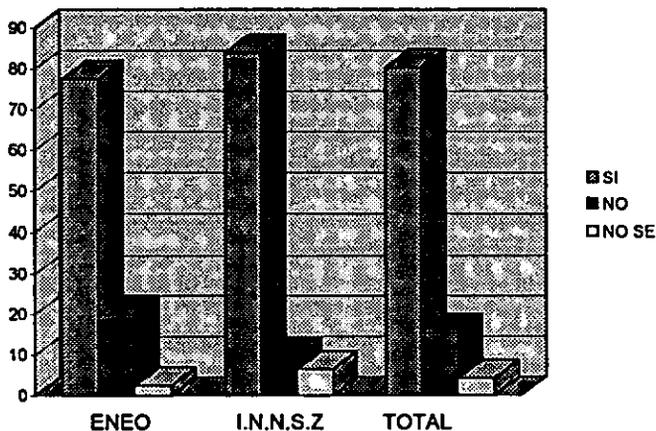
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.10
LOS ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA, OVARIO O
ENDOMETRIO PROPICIAN EL DESARROLLO DE CÁNCER DE
MAMA

ANTC. CA.	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	31	77,5	26	83,9	57	80,3
NO	8	20	3	9,7	11	15,5
NO SE	1	2,5	2	6,4	3	4,2
TOTAL/P.38005	40	100	31	100	71	100

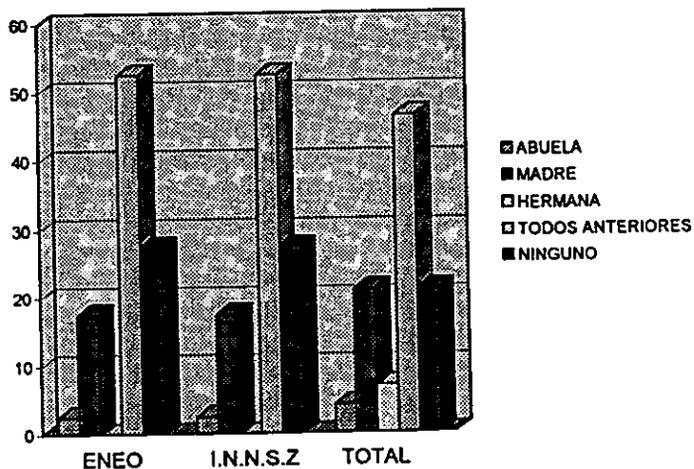
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 11
EL PARENTESCO FAMILIAR PREDISPONE MÁS PARA CONTRAER
CÁNCER

PARENTESCO	Eneo		I.N.N.S.Z		Totales	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
ABUELA	1	2,5	2	2,5	3	4,2
MADRE	7	17,5	8	17,5	15	21,1
HERMANA	0	0	5	0	5	7
TODAS ANT.	21	52,5	12	52,5	33	46,5
NINGUNA	11	27,5	4	27,5	15	21,2
TOTAL/P.03808	40	100	31	100	71	100

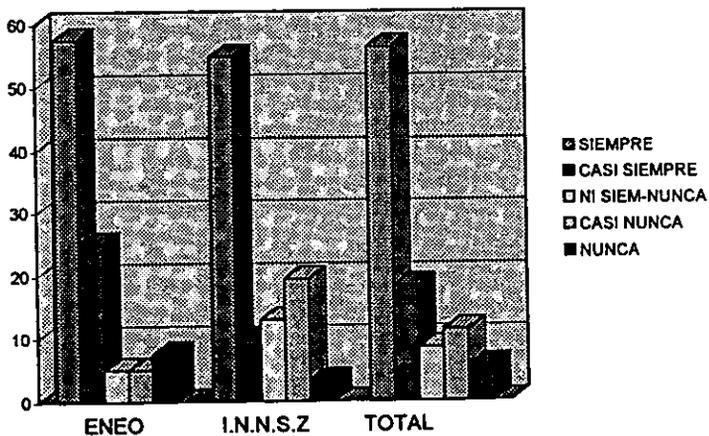
FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 12
LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z CONSIDERAN
QUE LA AUTOESTIMA INFLUYE EN EL ESTADO DE SALUD

AUTOESTIMA	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	23	57,5	17	54,8	40	56,3
CASI SIEMPRE	10	25	3	9,7	13	18,3
NI SIEM-NUN.	2	5	4	12,9	6	8,5
CASI NUNCA	2	5	6	19,4	8	11,3
NUNCA	3	7,5	1	3,2	4	5,6
TOTAL/P.12026	40	100	31	100	71	100

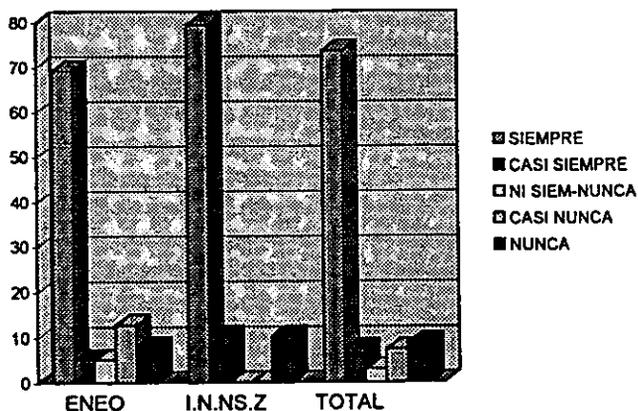
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 13
LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEÓ Y I.N.N.S.Z CONSIDERAN
QUE EL AUTORESPETO INFLUYE EN SU ESTADO DE SALUD

AUTORESPETO	ENEÓ		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	27	69,2	23	79,4	50	73,5
CASI SIEMPRE	2	5,1	3	10,3	5	7,4
NI SIEM-NUNCA	2	5,1	0	0	2	2,9
CASI NUNCA	5	12,8	0	0	5	7,4
NUNCA	3	7,8	3	10,3	6	8,8
TOTAL/P.18588	39	100	29	100	68	100

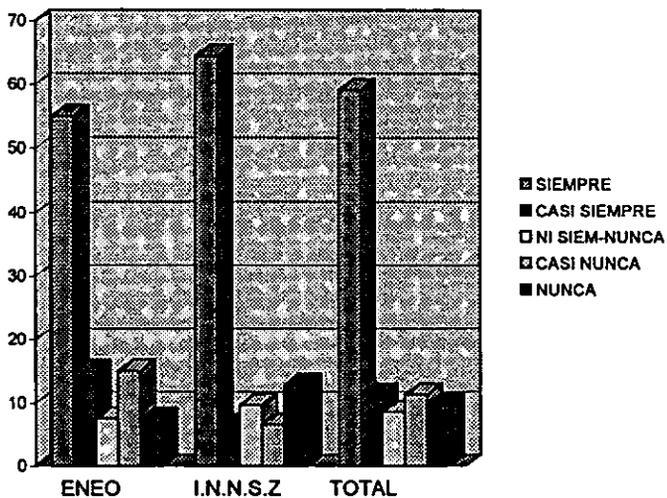
FUENTE. La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 14
LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z CONSIDERAN QUE
EL AUTOCONOCIMIENTO INFLUYEN EN SU ESTADO DE SALUD

AUTOCONOCIMIENTO	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	22	55	20	64,5	42	59,1
CASI SIEMPRE	6	15	2	6,5	8	11,3
NI SIEM-NUNCA	3	7,5	3	9,7	6	8,5
CASI NUNCA	6	15	2	6,5	8	11,3
NUNCA	3	7,5	4	12,8	7	9,8
TOTAL/P.53340	40	100	31	100	71	100

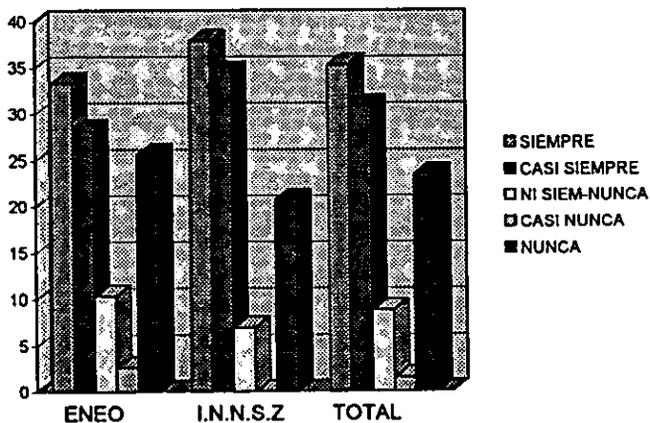
FUENTE: La misma del cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 15
LAS ENFERMERAS DEL SUA Y ENEO Y I.N.N.S.Z CONSIDERAN
QUE EL AUTOCONTROL INFLUYE EN EL ESTADO DE SALUD

AUTOCONTROL	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	13	33,3	11	37,9	24	35,3
CASI SIEMPRE	11	28,2	10	34,5	21	30,9
NI SIEM-NUNCA	4	10,3	2	6,9	6	8,8
CASI NUNCA	1	2,6	0	0	1	1,5
NUNCA	10	25,6	61	20,7	16	23,5
TOTAL/P.83694	39	100	84	100	68	100

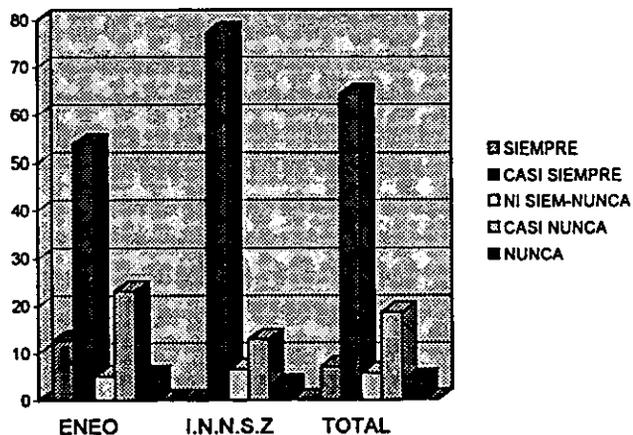
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No.16
EN SU VIDA REALIZA ACTIVIDADES EXTRAS (EJERCICIO, DESCANSO ENTRE OTRAS) PARA MANTENER SU ESTADO DE SALUD

ACT. EXTRAS	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	5	12,8	0	0	5	7,1
CASI SIEMPRE	21	53,8	24	77,4	45	64,3
NI SIEM-NUNCA	2	5,1	2	6,5	4	5,7
CASI NUNCA	9	23,1	4	12,9	13	18,6
NUNCA	2	5,2	1	3,2	3	4,3
TOTAL/P.15686	39	100	31	100	70	100

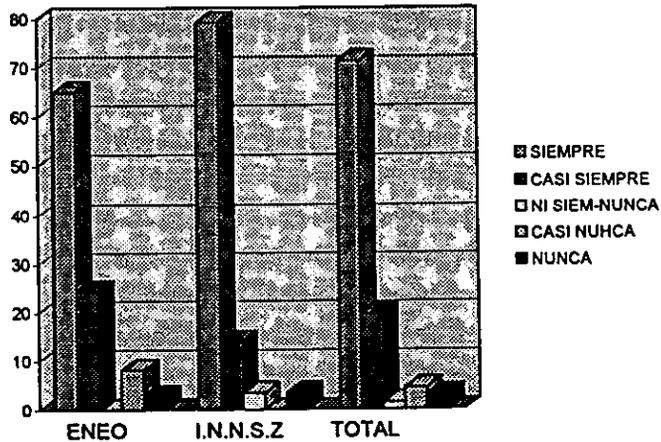
FUENTE. La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.17
ACTITUD DE ACEPTACIÓN QUE SE PERSIVE EN LAS
ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z EN LA
REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN MAMARIO

ACEPTACIÓN	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	24	64,9	23	79,3	47	71,4
CASI SIEMPRE	9	24,3	4	13,9	13	19,6
NI SIEM-NUNCA	0	0	1	3,4	1	1,5
CASI NUNCA	3	8,1	0	0	3	4,5
NUNCA	1	2,7	1	3,4	2	3
TOTAL/P. 28282	37	100	29	100	66	100

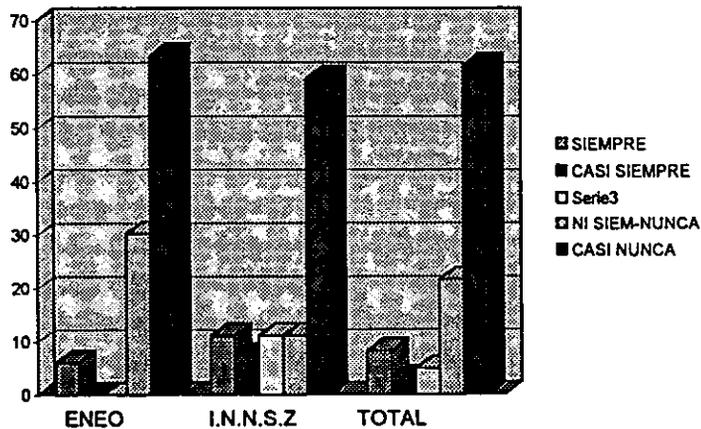
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.17-1
ACTITUD DE RECHAZO QUE PERCIBEN LAS ENFERMERAS DEL
SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z EN LA REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE
MAMA

RECHAZO	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	2	6,1	3	11,1	5	8,3
CASI SIEMPRE	0	0	2	7,4	2	3,3
NI SIEM-NUNCA	0	0	3	11,1	3	5
CASI NUNCA	10	30,3	3	11,1	13	21,7
NUNCA	21	63,6	16	59,3	37	61,7
TOTAL/P.05778	33	100	27	100	60	100

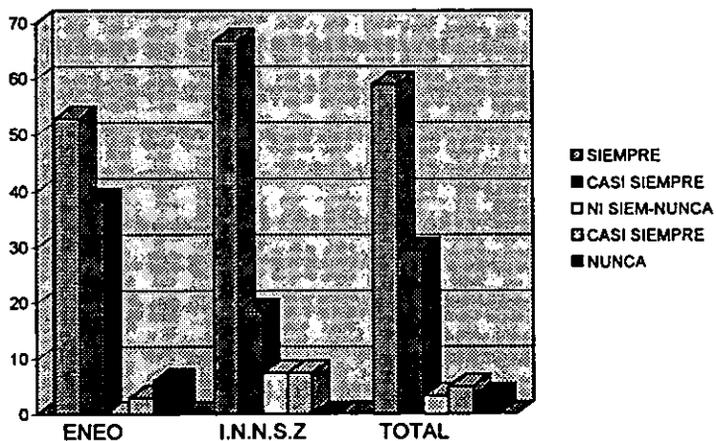
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 17-2
ACTITUD DE TOMA DE CONCIENCIA QUE PERCIBEN LAS
ENFERMERAS EN LA REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE
MAMA

TOMA CONCIENCIA	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	18	52,9	18	66,7	36	59
CASI SIEMPRE	13	38,3	5	18,5	18	29,5
NI SIEM-NUNCA	0	0	2	7,4	2	3,3
CASI NUNCA	1	2,9	2	7,4	3	4,9
NUNCA	2	5,9	0	0	2	3,3
TOTAL/P.12667	34	100	27	100	61	100

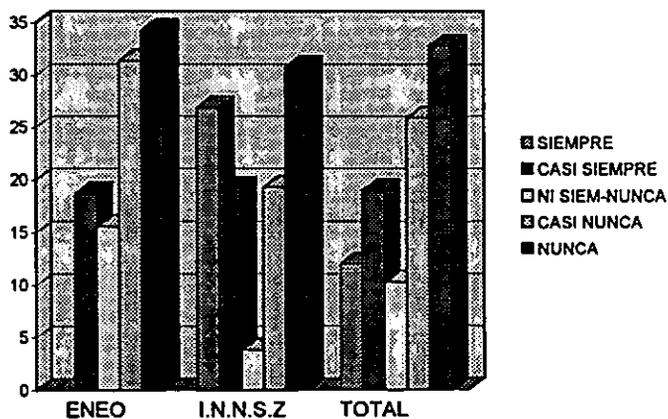
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 17-3
ACTITUD DE DESIDIA QUE PERCIBEN LAS
ENFERMERAS EN LA REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN
DE MAMA

DESIDIA	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	0	0	7	26,9	7	12
CASI SIEMPRE	6	18,7	5	19,2	11	19
NI SIEM-NUNCA	5	15,6	1	3,8	6	10,3
CASI NUNCA	10	31,4	5	19,3	15	25,9
NUNCA	11	34,3	8	30,8	19	32,8
TOTAL/P.02243	32	100	26	100	58	100

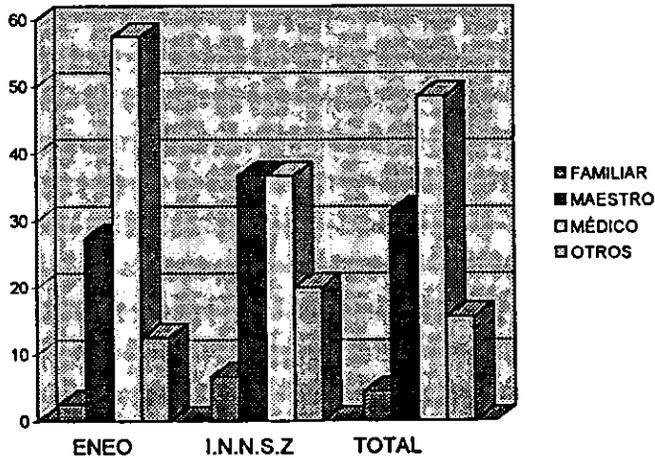
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 18
PERSONA QUE ENSEÑO A LAS ENFERMERAS DEL SUA-
ENEO Y I.N.N.S.Z A REALIZARSE EL AUTOEXAMEN DE
MAMA

ENSEÑO	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
FAMILIAR	1	2,5	2	6,6	3	4,4
MAESTRO	11	27,5	11	36,7	22	31,4
MÉDICO	23	57,5	11	36,7	34	48,6
OTROS	5	12,5	6	20	11	15,6
TOTAL/P.34788	40	100	30	100	70	100

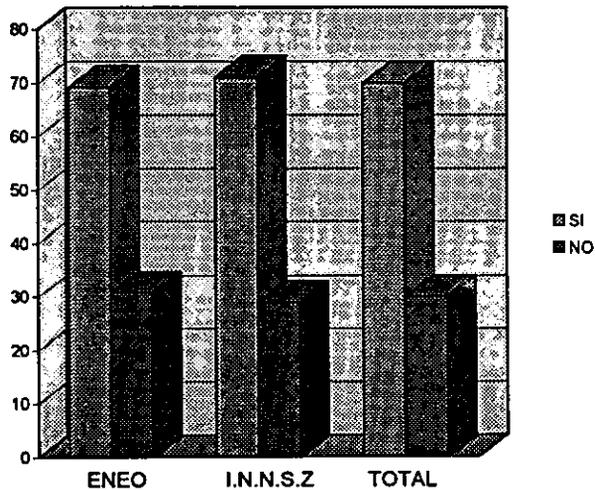
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.19
DENTRO DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LAS
ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y DEL I.N.N.S.Z SE
TRATO EL TEMA DE AUTOCUIDADO

TEMA	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	27	69,2	22	71	49	70
NO	12	30,8	9	29	21	30
TOTAL/P.87483	39	100	31	100	70	100

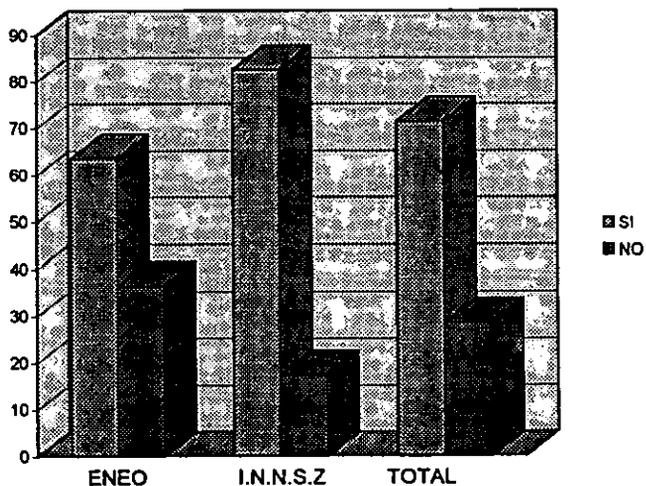
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 20
EL TEMA FUE TRATADO CON CONCIENCIA DE RIESGO
Y TÉCNICA ADECUADA EN LA FORMACIÓN DE LAS
ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y DEL I.N.N.S.Z

RIESGO/TEC.	ENEO		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	21	63,6	19	82,6	40	71,4
NO	12	36,4	4	17,4	16	28,6
TOTAL/P.122007	33	100	23	100	56	100

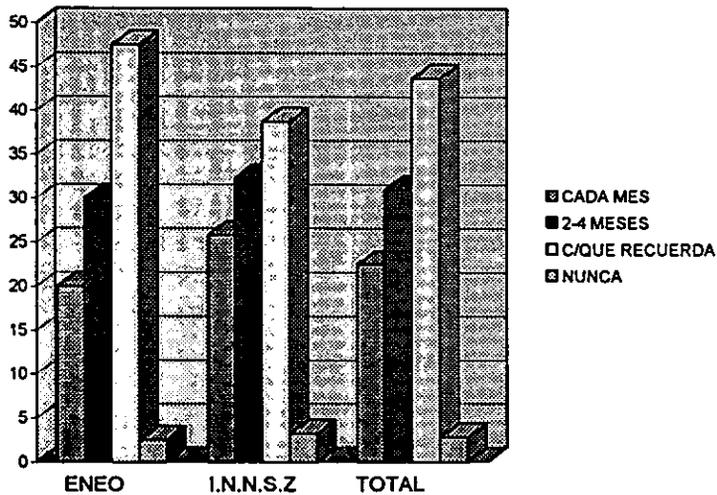
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No.21
FRECUENCIA CON QUE LLEVAN ACABO EL AUTOEXAMEN DE
MAMA

FX. AUTOEXAME	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
CADA MES	8	20	8	25,8	16	22,5
2-4 MESES	12	30	10	32,3	22	31
C/RECUERDA	19	47,5	12	38,7	31	43,7
NUNCA	1	2,5	1	3,2	2	2,8
TOTAL/P.88912	40	100	31	100	71	100

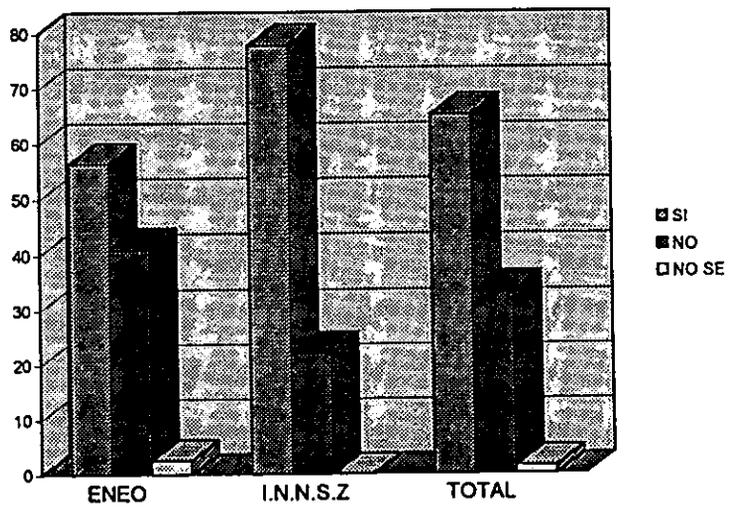
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO GRÁFICA No. 22
LAS ENFERMERAS CONOCEN LOS MÉTODOS EMPLEADOS
EN LA REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMA

MÉTODOS	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	22	56,4	21	77,8	43	65,2
NO	16	41	6	22,2	22	33,3
NO SE	1	2,6	0	0	1	1,5
TOTAL P. 17354	39	100	27	100	66	100

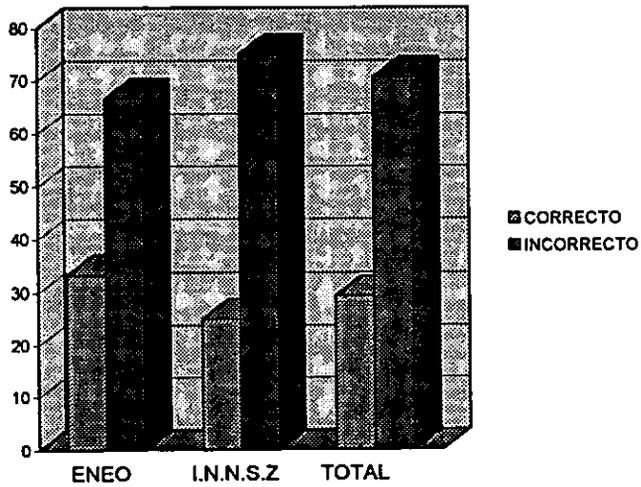
FUENTE: La misma al cuadro No.1



**CUADRO Y GRÁFICA No.22-1
MÉTODOS EMPLEADOS EN LA TÉCNICA DE AUTOEXAMEN DE
MAMA POR LAS ENFERMERAS**

MÉTODOS	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
CORRECTO	9	33,3	6	25	15	29,4
INCORRECTO	18	66,7	18	75	36	70,6
TOTAL/P.51445	27	100	24	100	51	100

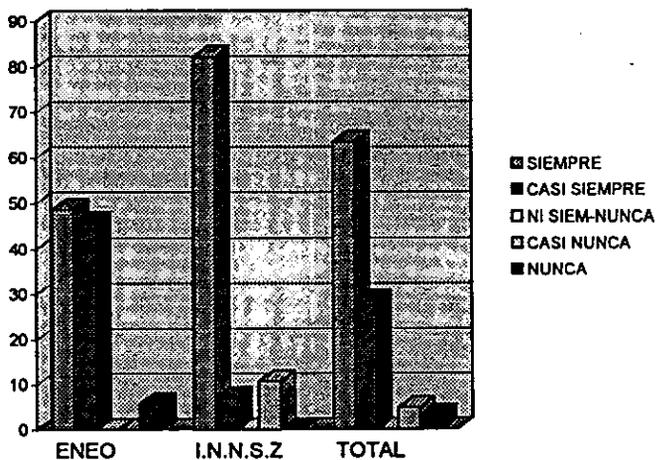
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 23
CUANDO ENCUENTRAN ALGUNA ALTERACIÓN BUSCA
CONSULTA PROFESIONAL AL RESPECTO

CONSULTA	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	17	48,6	23	82,2	40	63,5
CASI SIEMPRE	16	45,7	2	7,1	18	28,5
NI SIEM-NUNCA	0	0	0	0	0	0
CASI NUNCA	0	0	3	10,7	3	4,8
NUNCA	2	5,7	0	0	2	3,2
TOTAL/P. 003103	35	100	28	100	63	100

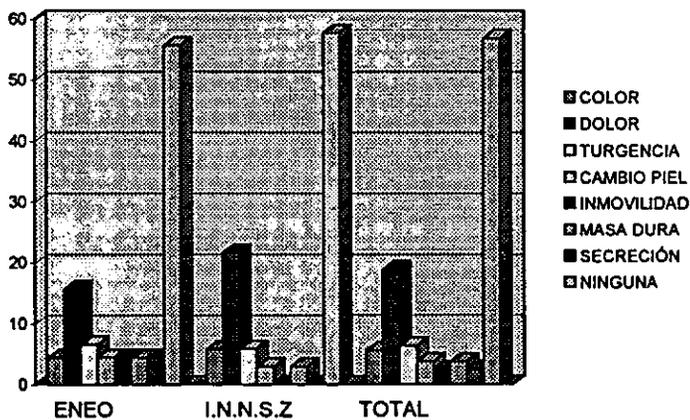
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 24
ALTERACIONES QUE SE ENCONTRARON A LA REALIZACIÓN
DEL AUTOEXAMEN DE MAMA

ALTERACIÓN	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
COLOR	2	4.4	3	5.8	4	5.6
DOLOR	8	15.7	7	21.7	15	18.9
TURGENCIA	3	6.6	2	5.8	5	6.3
CAMBIO PIEL	2	4.4	1	2.9	3	3.7
INMOVILIDAD	2	4.4	0	0	2	2.5
MASA DURA	2	4.4	1	2.9	3	3.7
SECRECIÓN	2	4.4	0	0	2	2.5
NINGUNA	26	55.7	20	57.8	45	56.9
TOTAL	47	100	34	100	79	100

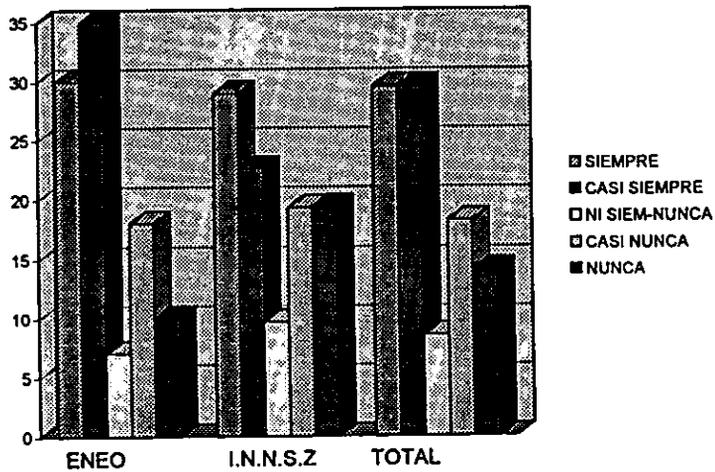
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.25
AL REALIZARSE EL AUTOEXAMEN DE MAMA SIENTE
TEMOR DE ENCONTRAR ALGUNA ALTERACIÓN

TEMOR	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	12	30	9	29	21	29,6
CASI SIEMPRE	14	35	7	22,6	21	29,6
NI SIEM-NUNCA	3	7	3	9,7	6	8,5
CASI NUNCA	8	18	6	19,3	13	18,2
NUNCA	4	10	6	19,4	10	14,1
TOTAL/P.71145	41	100	31	100	71	100

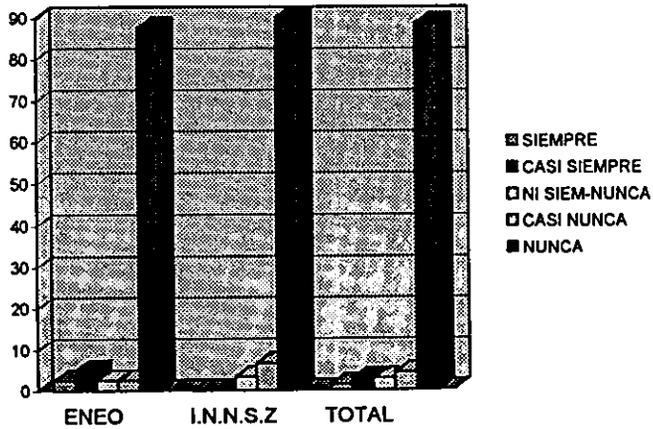
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.26
SIENTE PENA DE TOCAR SU CUERPO AL
REALIZARSE EL AUTOEXAMEN DE MAMA

PENA	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	1	2,5	0	0	1	1,4
CASI SIEMPRE	2	5	0	0	2	2,9
NI SIEM-NUNCA	1	2,5	1	3,3	2	2,9
CASI NUNCA	1	2,5	2	6,7	3	4,3
NUNCA	35	87,5	27	90	62	88,5
TOTAL/P.55818	40	100	30	100	70	100

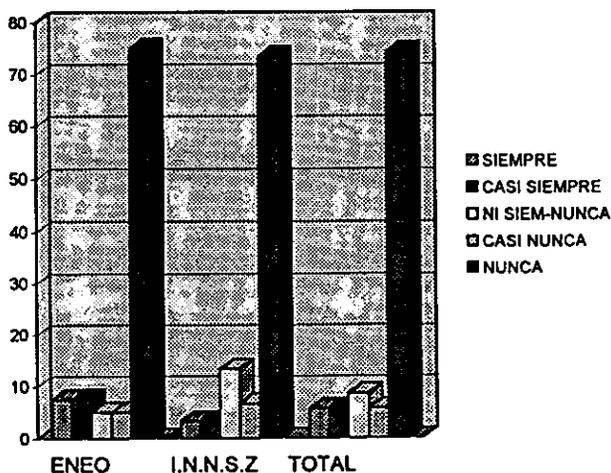
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 27
EL TIEMPO QUE DEDICAN A DIVERSAS ACTIVIDADES NO LE DEJA
TIEMPO PARA REALIZARSE EL AUTOEXAMEN DE MAMA

TIEMPO	Eneo		I.N.N.S.Z		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	3	7,5	1	3,3	4	5,7
CASI SIEMPRE	3	7,5	1	3,3	4	5,7
NI SIEM-NUNCA	2	5	4	13,3	6	8,6
CASI NUNCA	2	5	2	6,7	4	5,7
NUNCA	30	75	22	73,4	52	74,3
TOTAL/P.64100	40	100	30	100	70	100

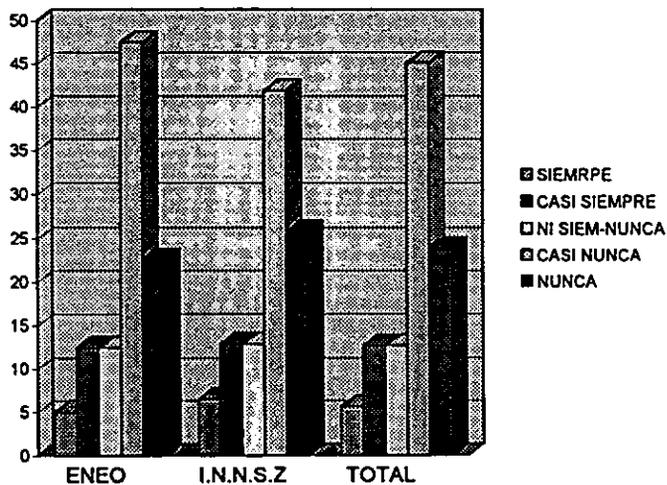
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 28
CUANDO SE REUNEN CON OTRAS MUJERES TRATAN EL
TEMA DE AUTOEXAMEN DE MAMA

TEMA	Eneo		I.N.N.S.Z		Totales	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	2	5	2	6,5	4	5,6
CASI SIEMPRE	5	12,5	4	12,9	9	12,7
NI SIEM-NUNCA	5	12,5	4	12,9	9	12,7
CASI NUNCA	19	47,5	13	41,9	32	45,1
NUNCA	9	22,5	8	25,8	17	23,9
TOTAL/P.99170	40	100	31	100	71	100

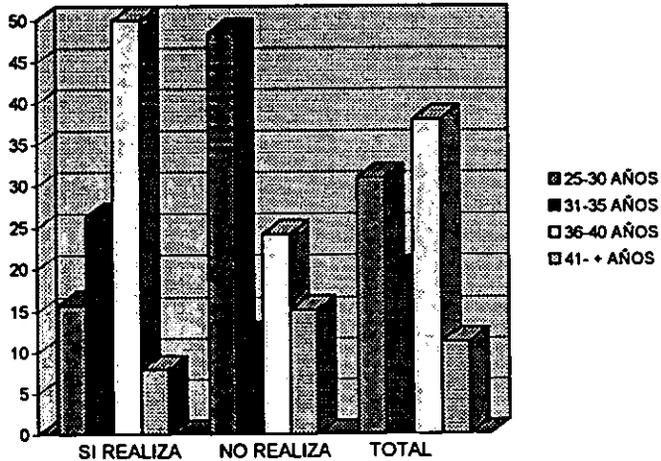
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 1-A
LA EDAD DE LAS ENFERMERAS DE LA ENEO Y DEL
I.N.N.S.Z EN RELACIÓN AL AUTOEXAMEN DE MAMA

EDAD	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTALES	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
25-30 AÑOS	6	15.8	16	48.5	22	31
31-35 AÑOS	10	26.3	4	12.1	14	19.7
36-40 AÑOS	19	50	8	24.2	27	38
41- MÁS	3	7.9	5	15.2	8	11.3
TOTAL/P.00608	38	100	33	100	71	100

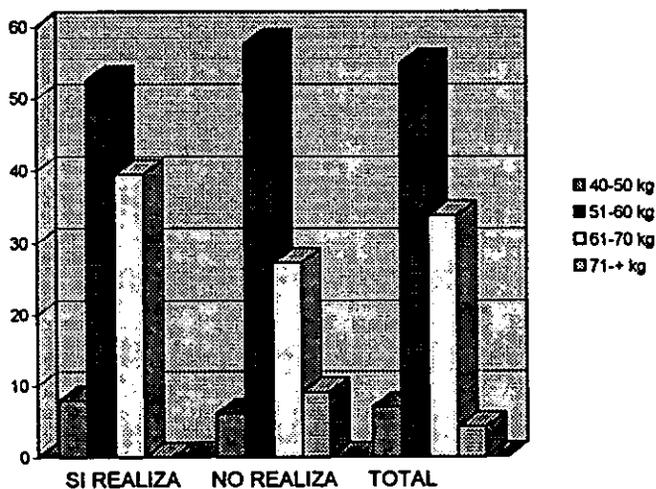
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 2-A
EL PESO DE LAS ENFERMERAS DEL SUA-EÑO Y DEL
I.N.N.S.Z EN RELACIÓN AL AUTOEXAMEN MAMARIO

PESO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
40-50 Kg	3	7.9	2	6.1	5	7
51-60 Kg	20	52.6	19	57.6	39	54.9
61-70 Kg	15	39.5	9	27.3	24	33.8
71-+ Kg	0	0	3	9.1	3	4.2
TOTAL/P.22182	38	100	33	100	71	100

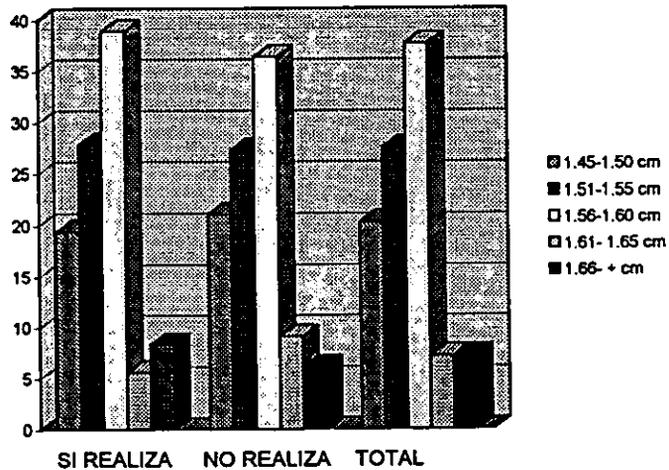
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 3-A
LA TALLA DE LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEY Y I.N.N.S.Z Y
SU RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO

TALLA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
1.45-1.50 cm	7	19.4	7	21.1	14	20.3
1.51-1.55 cm	10	27.8	9	27.3	19	27.5
1.56-1.60 cm	14	38.9	13	36.4	26	37.7
1.61-1.65 cm	2	5.6	3	9.1	5	7.2
1.66- +	3	8.3	2	6.1	5	7.2
TOTAL/P.97571	36	100	34	100	69	100

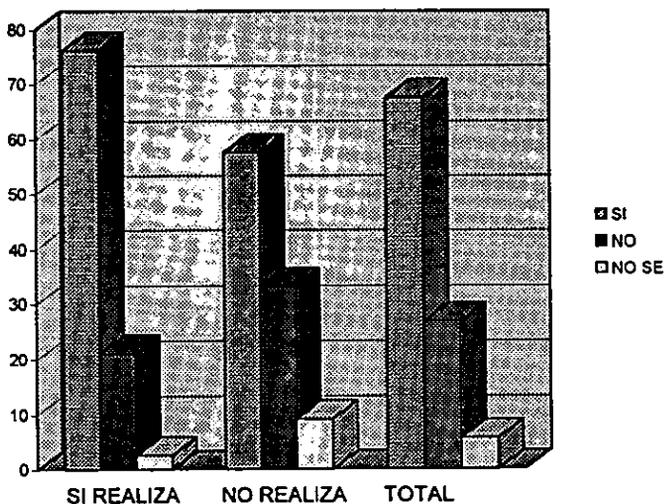
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 4-A
EL HÁBITO DE FUMAR PODRÍA SER UN FACTOR DE RIESGO PARA
PADECER CÁNCER DE MAMA Y LA RELACIÓN CON EL
AUTOEXAMEN MAMARIO EN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEY
I.N.N.S.Z

FUMAR	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	29	76,3	9	57,6	48	67,6
NO	8	21,1	11	33,3	19	26,8
NO SE	1	2,6	3	9,1	4	5,6
TOTAL P. 19980	38	100	23	100	71	100

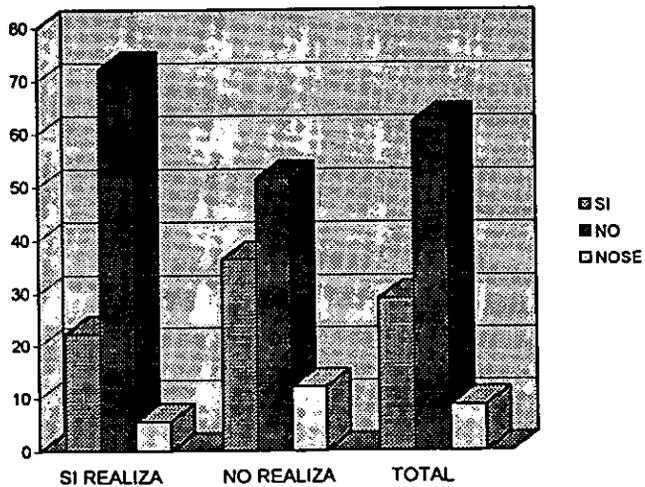
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No.5-A
LA MENSTRUACIÓN Y EMBARAZO A TEMPRANA EDAD SON UN FACTOR DE RIESGO PARA PADECER CANCER Y LA RELACIÓN DEL AUTOEXAMEN MAMARIO EN LAS ENFERMERAS DE LA ENEO Y I.N.N.S.Z

MENSTRUACIÓN	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	8	22,2	12	36,4	20	29
NO	26	72,2	17	51,5	43	62,3
NOSE	2	5,6	4	12,1	6	8,7
TOTAL/P.19928	36	100	33	100	69	100

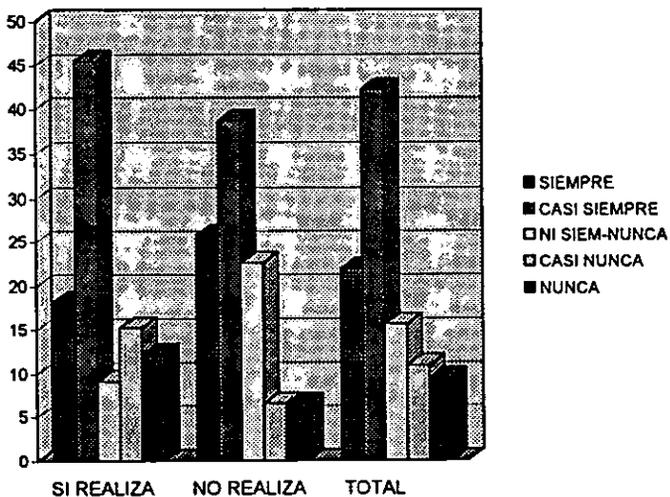
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 6-A
LA NULIPARIDAD, EDAD DEL PRIMER EMBARAZO PODRÍAN SER
FACTOR DE RIESGO EN CÁNCER DE MAMA Y LA RELACIÓN CON EL
AUTOEXAMEN MAMARIO EN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y
I.N.N.S.Z.

NULIPARIDAD	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	6	18,2	8	25,8	14	21,9
CASI SIEMPRE	15	45,5	12	38,7	27	42,2
NI SIEM-NUNCA	3	9,1	7	22,6	10	15,6
CASI NUNCA	5	15,2	2	6,5	7	10,9
NUNCA	4	12,1	2	6,5	6	9,4
TOTAL/P.39094	33	100	31	100	64	100

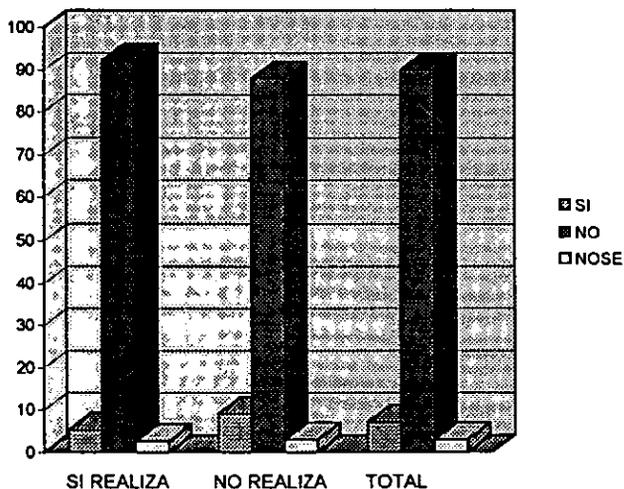
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.7-A
EL ALIMENTAR CON PECHO MATERNO A LOS HIJOS PODRÍA SER UN FACTOR DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE CÁNCER DE MAMA Y SU RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO EN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENE0 Y I.N.N.S.Z.

LAC. MATERNA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	2	5,3	3	9,1	5	7
NO	35	92,1	29	87,9	64	90
NOSE	1	2,6	1	3	2	3
TOTAL/P.81366	38	100	33	100	71	100

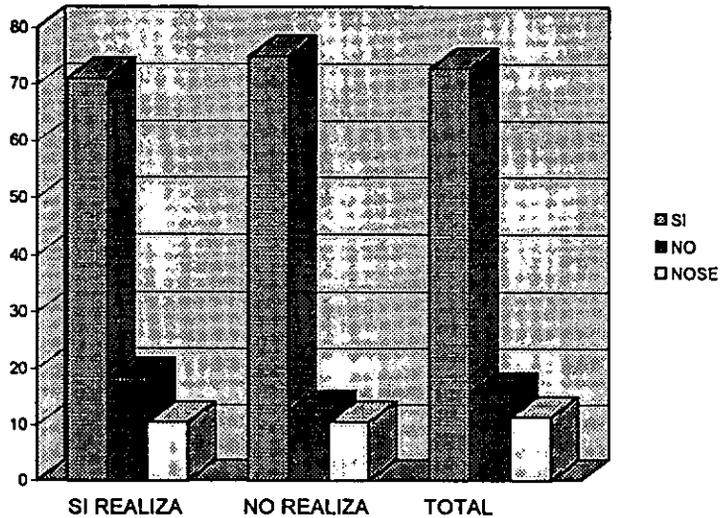
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 8-A
EL USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES FAVORECE
EL DESARROLLO DE CÁNCER MAMARIO Y SU RELACIÓN CON EL
AUTOEXAMEN MAMARIO EN LAS ENFERMERAS DE LA ENEO Y I.N.N.S.Z

ANTICONCEPTIVO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	27	71,1	24	75	51	72,9
NO	7	18,4	4	12,5	11	15,7
NOSE	4	10,5	4	10,5	8	11,4
TOTAL/P.78509	38	100	32	100	70	100

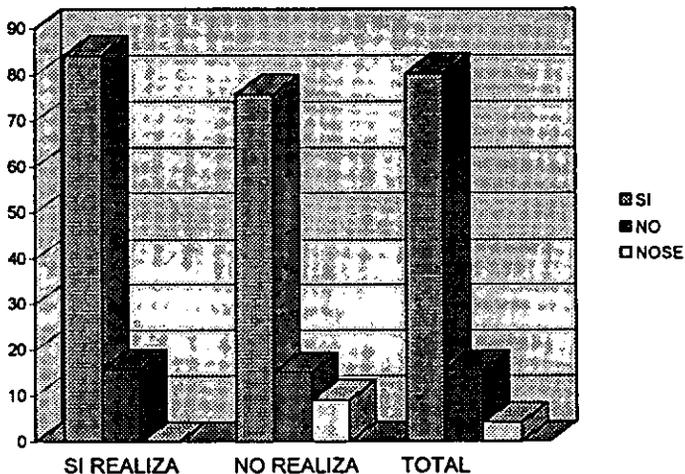
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.9-A
SABEN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z SI LOS
ANTECEDENTES DE CÁNCER SON FACTORES DE RIESGO PARA EL
CÁNCER MAMARIO EN RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO

ANTECEDENTE	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	32	84,2	25	75,8	57	80,3
NO	6	15,8	5	15,1	11	15,5
NOSE	0	0	3	9,1	3	4,2
TOTAL/P.16395	38	100	33	100	71	100

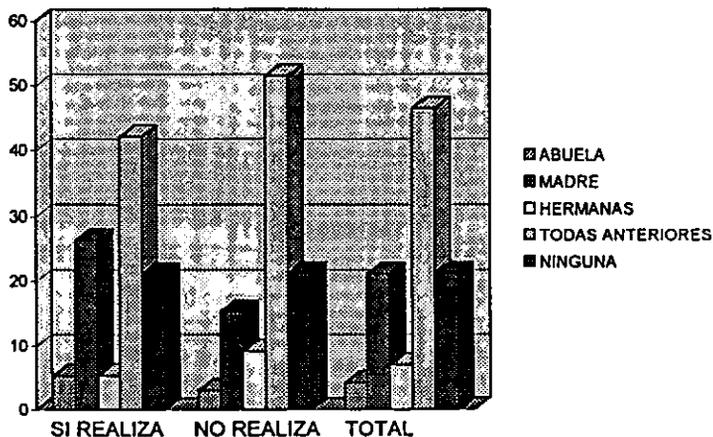
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 10-A
SABEN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEY Y I.N.N.S.Z. SI EL
PARENTESCO FAMILIAR ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL CANCER
MAMARIO EN RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO

PARENTESCO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
ABUELA	2	5,3	1	3	3	4,2
MADRE	10	26,3	5	15,2	15	21,1
HERMANAS	2	5,3	3	9,1	5	7
TODAS ANT.	16	42,1	17	51,5	33	46,5
NINGUNA	8	21	7	21,2	15	21,2
TOTAL/P.74412	38	100	33	100	71	100

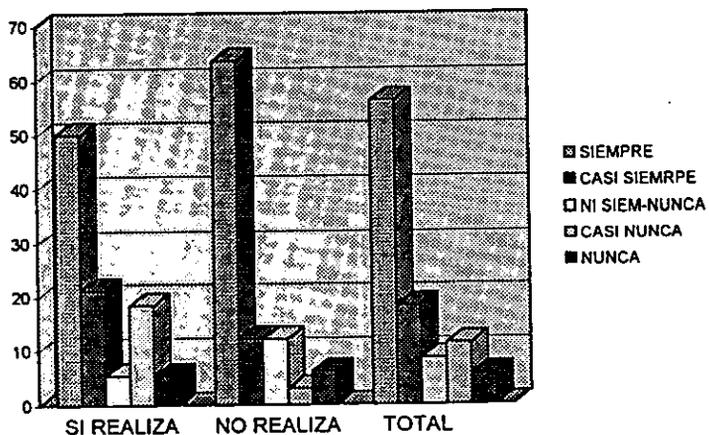
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 11-A
EL AUTOESTIMA PARA MANTENER EL ESTADO DE SALUD DE
LAS ENFERMERAS DE LA ENEO Y I.N.N.S.Z EN RELACIÓN CON
EL AUTOEXAMEN DE MAMA

AUTOESTIMA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	19	50	21	63,6	40	56,3
CASI SIEMPRE	8	21,1	5	12,2	13	18,3
NI SIEM-NUN.	2	5,3	4	12,1	6	8,5
CASI NUNCA	7	18,4	1	3	8	11,3
NUNCA	2	5,3	2	6,1	4	5,6
TOTAL/P.22813	38	100	33	97	71	100

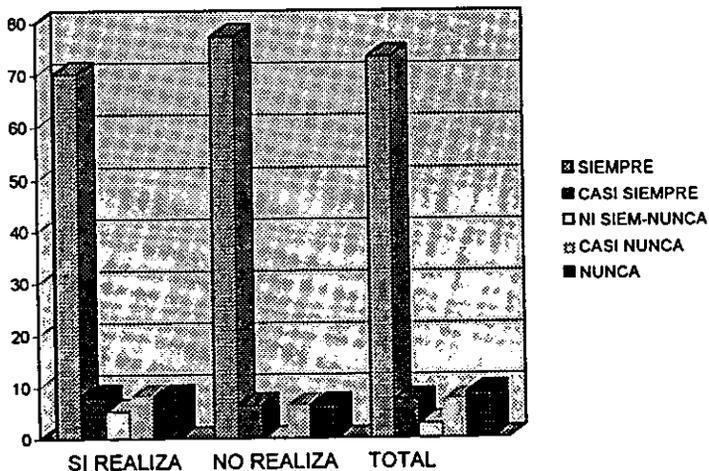
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 12-A
EL AUTORESPETO PARA MANTENER EL ESTADO DE SALUD
DE LAS ENFERMERAS DE LA ENEO Y I.N.N.S.Z EN
RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN DE MAMA

AUTORESPETO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	26	70,3	24	77,4	50	73,5
CASI SIEMPRE	3	8,1	2	6,5	5	7,4
NI SIEM-NUNCA	2	5,4	0	0	2	2,9
CASI NUNCA	3	8,1	2	6,5	5	7,4
NUNCA	3	8,1	3	6,5	6	8,8
TOTAL/P. 74203	37	100	31	100	68	100

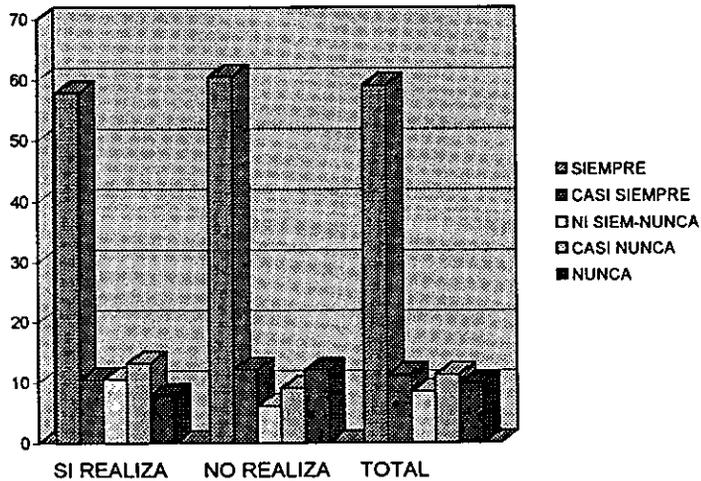
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 13-A
RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONOCIMIENTO Y EL
AUTOEXAMEN MAMARIO DE LAS ENFERMERAS DE LA ENEO Y
I.N.N.S.Z

AUTOCONOCIMIEN.	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	22	57,9	20	60,6	42	59,2
CASI SIEMPRE	4	10,5	4	12,1	8	11,3
NI SIEM-NUNCA	4	10,5	2	6,1	6	8,5
CASI NUNCA	5	13,2	3	9,1	8	11,3
NUNCA	3	7,9	4	12,1	7	9,9
TOTAL/P.9089	38	100	33	100	71	100

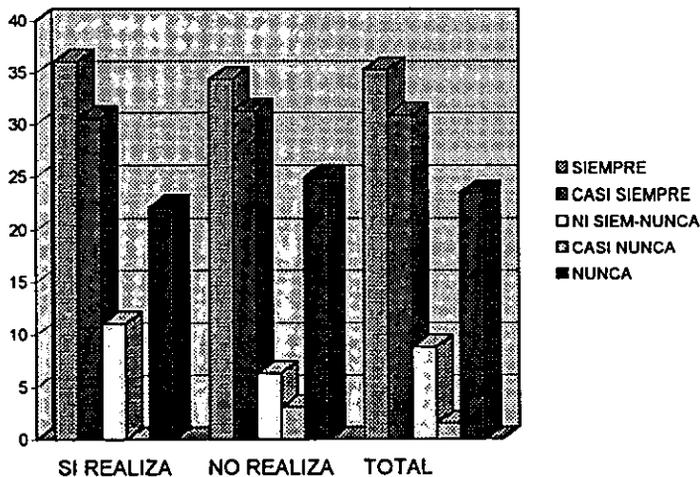
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.14-A
EL AUTOCONTROL PARA MANTENER SU ESTADO DE SALUD DE LAS
ENFERMERAS DEL SUA-EÑO Y DEL I.N.N.S.Z EN RELACIÓN CON EL
AUTOEXAMEN MAMARIO

AUTOCONTROL	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	13	36,1	11	34,4	24	35,3
CASI SIEMPRE	11	30,6	10	31,3	21	30,9
NI SIEM-NUNCA	4	11,1	2	6,3	6	8,8
CASI NUNCA	0	0	1	3,1	1	1,5
NUNCA	8	22,2	8	25	16	23,5
TOTAL/P.79953	36	100	32	100	68	100

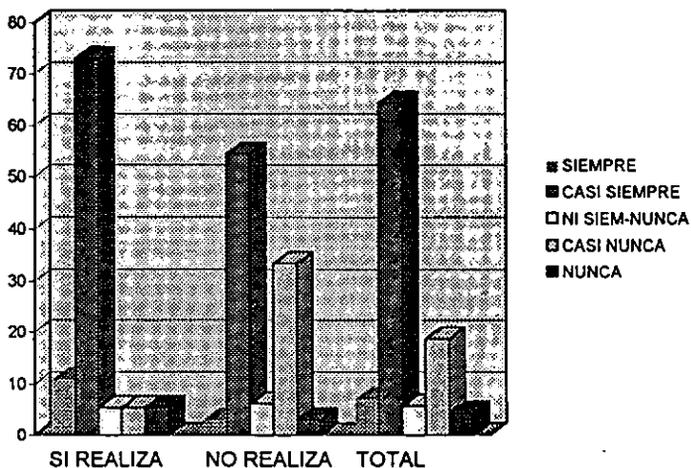
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.15-A
LAS ACTIVIDADES EXTRAS PARTA MANTENER EL ESTADO DE
SALUD DE LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z EN
RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO

ACTIVIDADES	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	4	10,8	1	3	5	7,1
CASI SIEMPRE	27	73	18	54,5	45	64,3
NI SIEM-NUNCA	2	5,4	2	6,1	4	5,7
CASI NUNCA	2	5,4	11	33,4	13	18,6
NUNCA	2	5,4	1	3	3	4,3
TOTAL/P.04097	37	100	33	100	70	100

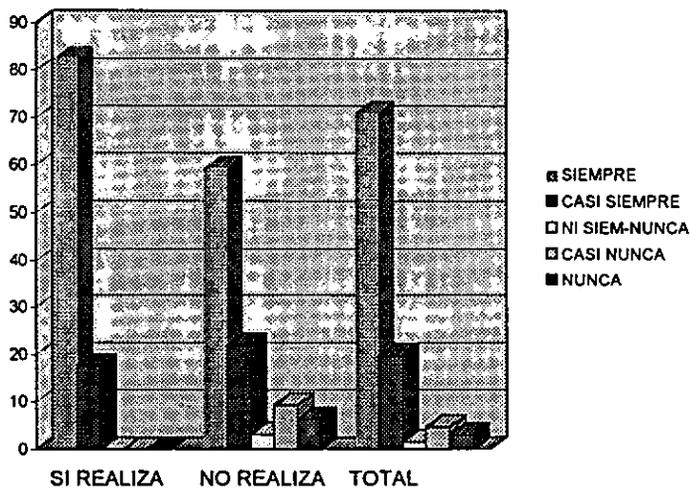
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.16-A
LA ACEPTACIÓN COMO UNA ACTITUD EN LAS ENFERMERAS DEL
SUA-ENEO Y DEL I.N.N.S.Z HACIA EL AUTOEXAMEN MAMARIO

ACEPTACIÓN	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	28	82,4	19	59,4	47	71,2
CASI SIEMPRE	6	17,6	7	21,9	13	19,7
NI SIEM-NUNCA	0	0	1	3,1	1	1,5
CASI NUNCA	0	0	3	9,3	3	4,6
NUNCA	0	0	2	6,3	2	3
TOTAL/P.10130	34	100	32	100	66	100

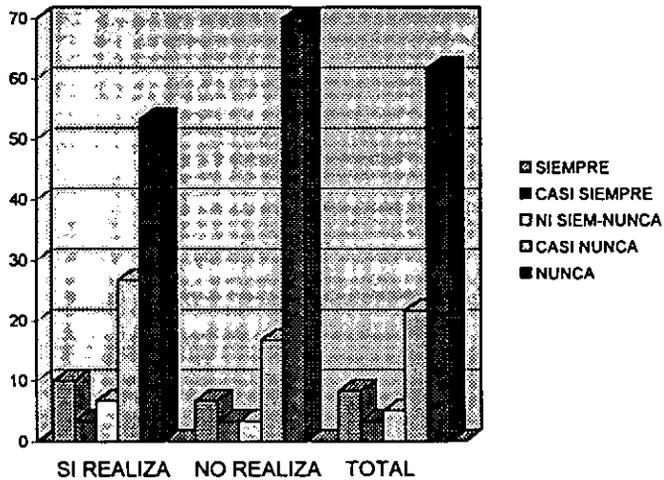
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.16-1 A
EL RECHAZO Y LA PRÁCTICA QUE TIENEN LAS ENFERMERAS DEL
SUA-ENEY Y DEL I.N.N.S.Z PARA LLEVAR ACABO EL
AUTOEXAMEN MAMARIO

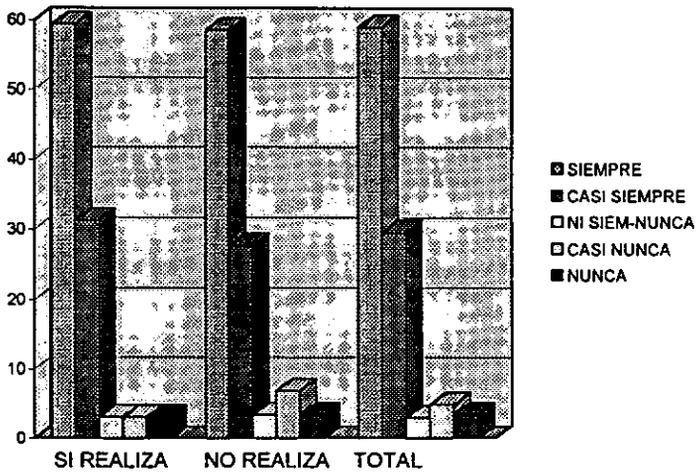
RECHAZO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	3	10	2	6,7	5	8,3
CASI SIEMPRE	1	3,3	1	3,3	2	3,3
NI SIEM-NUNCA	2	6,7	1	3,3	3	5
CASI NUNCA	8	26,7	5	16,7	13	21,7
NUNCA	16	53,3	21	70	37	61,7
TOTAL/P.75390	30	100	30	100	60	100

FUENTE:La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 16-2 A
LA TOMA DE CONCIENCIA Y LA PRÁCTICA QUE TIENEN LAS
ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z PARA LLEVAR ACABO EL
AUTOEXAMEN DE MAMA

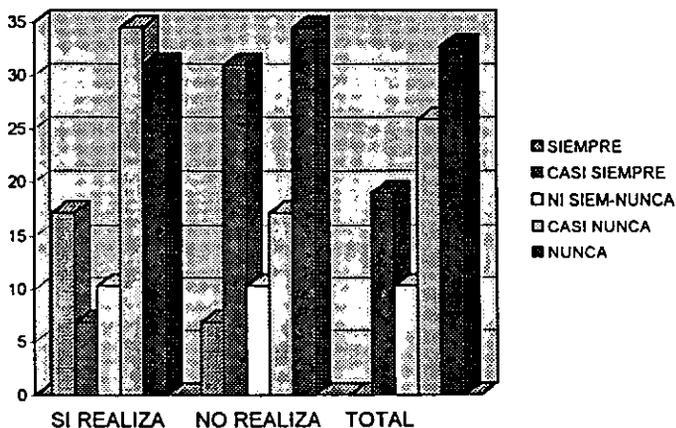
CONCIENCIA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	19	59,4	17	58,6	36	59
CASI SIEMPRE	10	31,3	8	27,7	18	29,5
NI SIEM-NUNCA	1	3,1	1	3,4	2	3,3
CASI NUNCA	1	3,1	2	6,9	3	4,9
NUNCA	1	3,1	1	3,4	2	3,3
TOTAL/P.75590	32	100	29	100	61	100



CUADRO Y GRÁFICA No. 16-3 A
LA DECIDÍA QUE TIENEN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO
Y I.N.N.S.Z PARA LLEVAR ACABO EL AUTOEXAMEN DE
MAMA

DECIDIA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	5	17,3	2	6,9	7	12
CASI SIEMPRE	2	6,9	9	31	11	19
NI SIEM-NUNCA	3	10,3	3	10,3	6	10,3
CASI NUNCA	10	34,5	5	17,3	15	25,9
NUNCA	9	31	10	34,5	19	32,8
TOTAL/P.11351	29	100	29	100	58	100

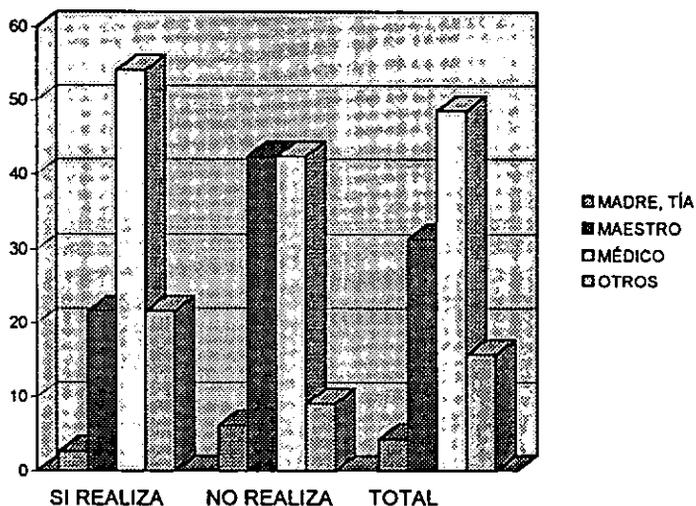
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y TABLA No. 17-A
QUIEN ENSEÑO A LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z. A
REALIZARSE EL AUTOEXAMEN MAMARIO Y LA RELACIÓN CON EL
AUTOEXAMEN

ENSEÑO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
MADRE, TÍAS	1	2,7	2	6,1	3	4,3
MAESTRO	8	21,6	14	42,4	22	31,4
MÉDICO	20	54,1	14	42,4	34	48,6
OTROS	8	21,6	3	9,1	11	15,7
TOTAL/P.16537	37	100	33	100	70	100

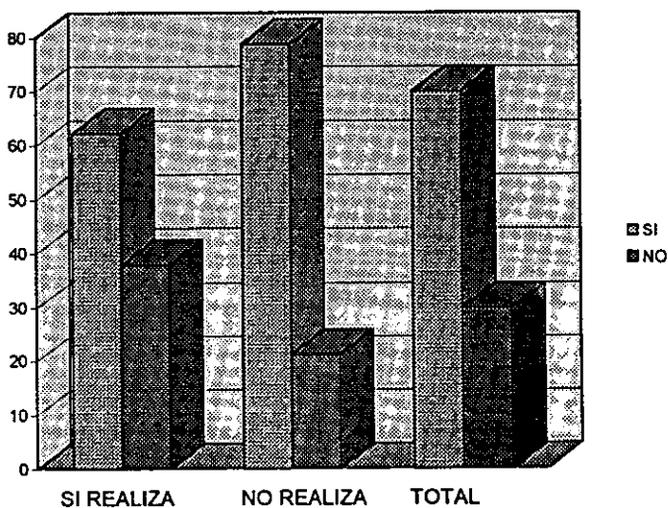
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No.18-A
DENTRO DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LAS ENFERMERAS DEL
SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z SE TRATO EL TEMA DE AUTOCUIDADO EN
RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO

AUTOCUIDADO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	23	62,2	26	78,8	49	70
NO	14	37,8	7	21,2	21	30
TOTAL/P.12971	37	100	33	100	70	100

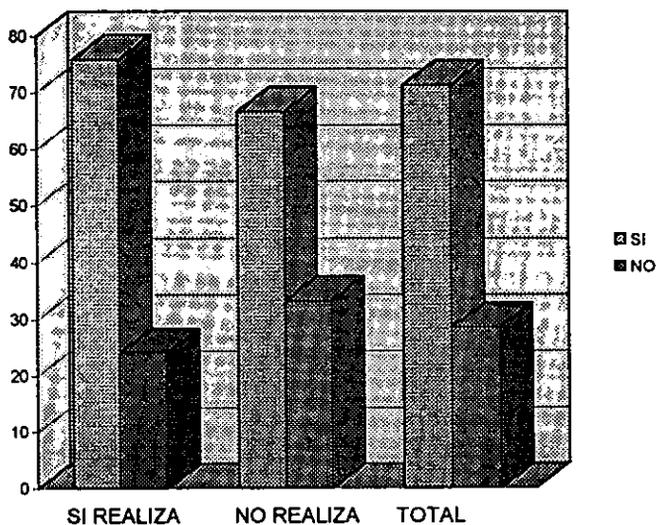
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.19-A
EL TEMA DE AUTOCUIDADO TRATADO CON CONCIENCIA Y TECNICA
DERIESGO Y LA RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN
MAMARIO EN LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z

TEMA TRATAD	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	22	75,9	18	66,7	40	71,4
NO	7	24,1	9	33,3	16	28,6
TOTAL/P.44658	29	100	27	100	56	100

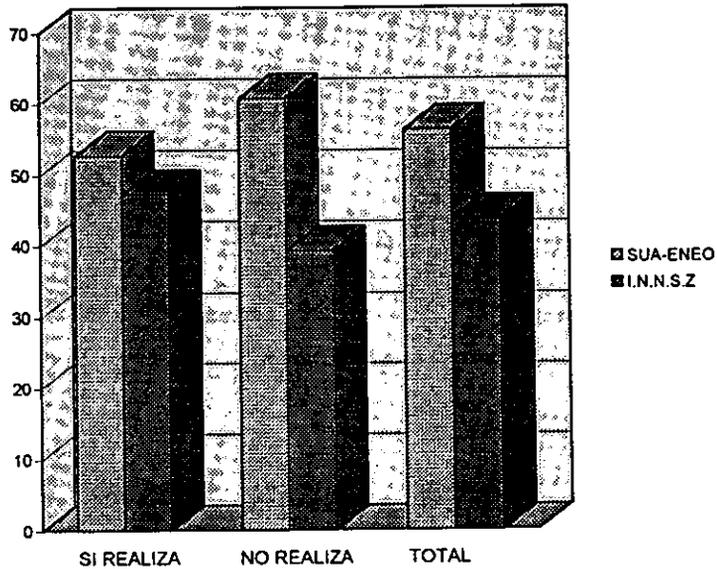
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 20-A
LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z EN
RELACIÓN AL AUTOEXAMEN MAMARIO

GRUPO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SUA-ENEO	20	52,7	20	60,7	40	56,3
I.N.N.S.Z	18	47,3	13	39,3	31	43,7
TOTAL/P.49922	38	100	33	100	71	100

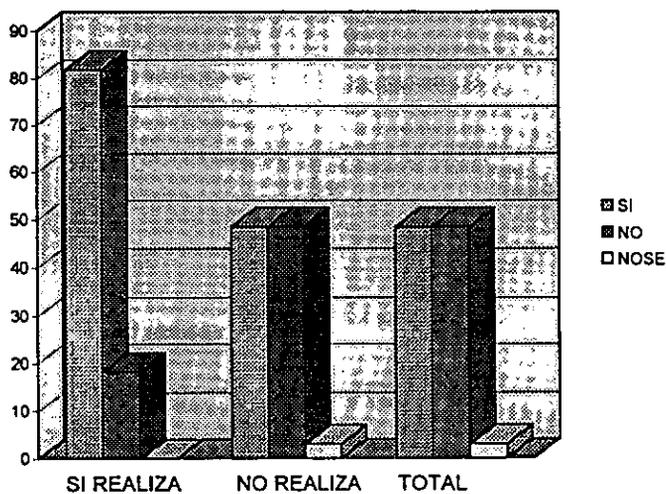
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 21-A
LOS MÉTODOS EMPLEADOS POR LAS ENFERMERAS DEL SUA-
ENEY I.N.N.S.Z EN RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO

MÉTODOS	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SI	27	81,8	16	48,5	43	65,2
NO	6	18,2	16	48,5	22	33,3
NOSE	0	0	1	3	1	1,5
TOTAL/P.01530	33	100	33	100	66	100

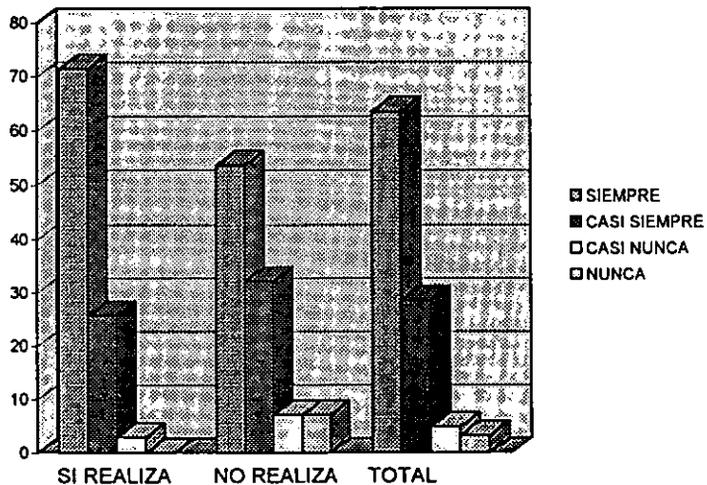
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.22-A
BUSCAN CONSULTA PROFESIONAL LAS ENFERMERAS CUANDO
ENCUENTRAN ALGUNA ALTERACIÓN PERSISTENTE Y/O CRÓNICA Y
LA RELACIÓN CON EL AUTOEXAMEN MAMARIO

CONSULTA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	25	71,4	15	53,6	40	63,5
CASI SIEMPRE	9	25,7	9	32,1	18	28,6
CASI NUNCA	1	2,9	2	7,1	3	4,8
NUNCA	0	0	2	7,1	2	3,2
TOTAL/P.25022	35	100	28	100	63	100

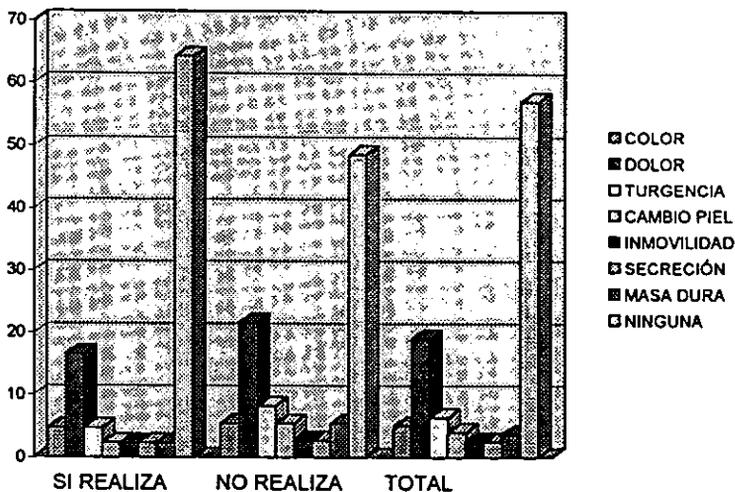
FUENTE: La misma al cuadro No. 1



CUADRO Y GRÁFICA No. 23-A
A ENCONTRADO ALGUNA ALTERACIÓN AL REALIZARSE EL
AUTOEXAMEN MAMARIO Y SU RELACIÓN DEL MISMO EN LAS
ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y I.N.N.S.Z

ALTERACIÓN	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
COLOR	2	4,7	2	5,4	4	5
DOLOR	7	16,6	8	21,6	15	19
TURGENCIA	2	4,7	3	8,1	5	6,3
CAMBIO PIEL	1	2,3	2	5,4	3	4
INMOVILIDAD	1	2,3	1	2,7	2	2,5
SECRECIÓN	1	2,3	1	2,7	2	2,5
MASA DURA	1	2,3	2	5,4	3	3,7
NINGUNA	27	64,2	18	48,6	45	57
TOTAL/P.41246	42	100	37	100	79	100

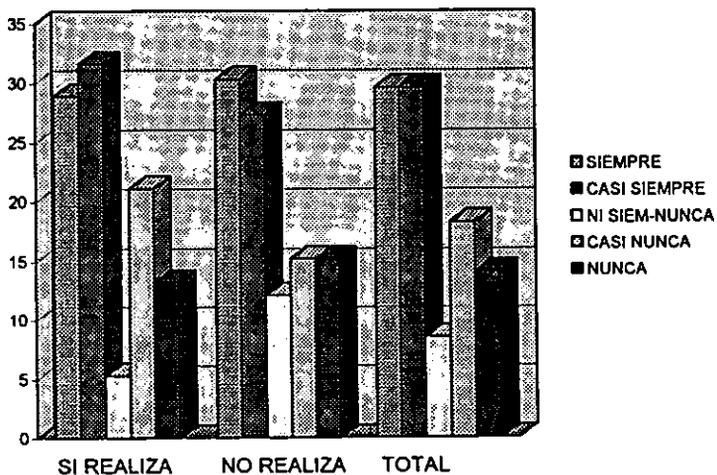
FUENTE:La misma al caudro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.24-A
LA ACTITUD DE TEMOR DE LAS ENFERMERAS DEL SUA-EÑO Y
I.N.N.S.Z HACIA EL AUTOEXAMEN MAMARIO

TEMOR	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	11	28,9	10	30,3	21	29,6
CASI SIEMPRE	12	31,6	9	27,3	21	29,6
NI SIEM-NUNCA	3	5,3	4	12,1	6	8,5
CASI NUNCA	8	21,1	5	15,2	13	18,3
NUNCA	5	13,2	5	15,2	10	14,1
TOTAL/P.82833	39	100	33	100	71	100

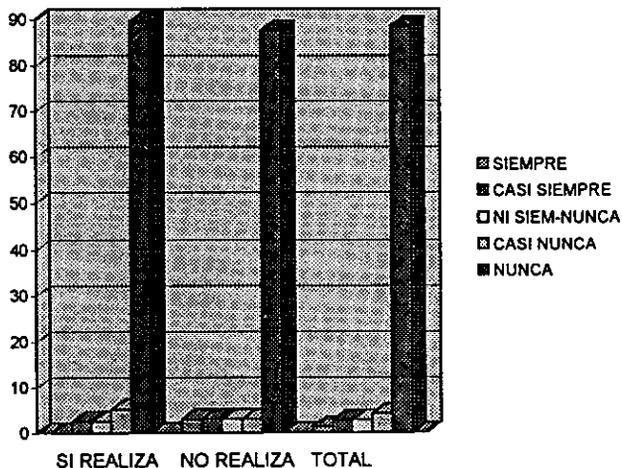
FUENTE: La misma al cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.25-A
ACTITUD DE PENA DE LAS ENFERMERAS DEL SUA-ENEO Y
I.N.N.S.Z HACIA EL AUTOEXAMEN MAMARIO

PENA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	0	0	1	3,1	1	1,4
CASI SIEMPRE	1	2,6	1	3,1	2	2,9
NI SIEM-NUNCA	1	2,6	1	3,1	2	2,9
CASI NUNCA	2	5,3	1	3,1	3	4,3
NUNCA	34	89,5	28	87,5	62	88,5
TOTAL/P.84245	38	100	32	100	70	100

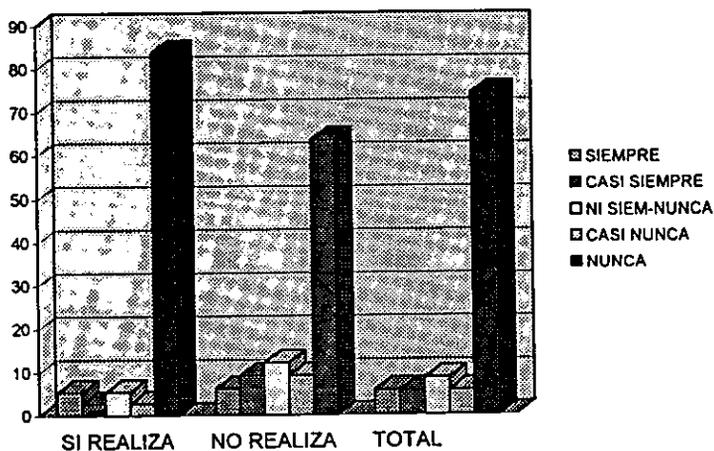
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No. 26-A
EL TIEMPO QUE DEDICA A ALGUNAS DE ESTAS ACTIVIDADES (CASA, HIJOS, TRABAJO, ESCUELA, ETC.) NO LE DEJA TIEMPO SUFICIENTE PARA REALIZARSE EL AUTOEXAMEN MAMARIO Y LA FRECUENCIA CON QUE SE LO REALIZAN LAS ENFERMERAS DE LA ENEO Y I.N.N.S.Z

TIEMPO	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	2	5,4	2	6,1	4	5,7
CASI SIEMPRE	1	2,7	3	9,1	4	5,7
NI SIEM-NUNCA	2	5,4	4	12,1	6	8,6
CASI NUNCA	1	2,7	3	9,1	4	5,7
NUNCA	31	83,8	21	63,6	52	74,3
TOTAL/P.35757	37	100	33	100	70	100

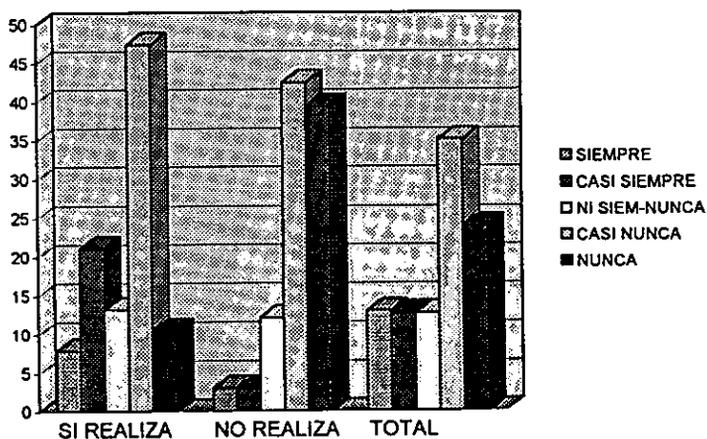
FUENTE: La misma del cuadro No.1



CUADRO Y GRÁFICA No.27-A
SE TRATA EL TEMA DEL AUTOEXAMEN MAMARIO POR LAS
ENFERMERAS DEL SUA-ENE0 Y I.N.N.S.Z EN RELACIÓN DEL
AUTOEXAMEN MAMARIO

TEMA	SI REALIZA		NO REALIZA		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
SIEMPRE	3	7,9	1	3	4	13
CASI SIEMPRE	8	21,1	1	3	9	12,7
NI SIEM-NUNCA	5	13,2	4	12,1	9	12,7
CASI NUNCA	18	47,4	14	42,4	32	35,1
NUNCA	4	10,5	13	39,4	17	23,9
TOTAL/P.02125	38	100	33	100	71	100

FUENTE: La misma la cuadro No.1



DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

La edad que tienen las enfermeras del SUA-ENEO y del I.N.N.S.Z. el 38%(27) está entre los 36-40 años, atribuyendo el 52.5% (21) SUA-ENEO y 19.4%(6) I.N.N.S.Z. El 31% de 25-30 años correspondiendo el 41.9%(13) I.N.N.S.Z. y 22.5%(9) SUA-ENEO. El 19.7%(14) tiene 31-35 años de éste el 25.8%(8) I.N.N.S.Z. y el 15%(6) SUA-ENEO. Por último el 11.2%(8) correspondió a las de más de 41 años de edad con el 12.9%(4) I.N.N.S.Z y 100%(4) SUA-ENEO.

El peso presentado en las enfermeras se encuentra el 54.9%(39) entre ambas poblaciones, con 51-60 Kg. del cual 65%(26) corresponde al SUA-ENEO, y 41.9%(13) I.N.N.S.Z. De 61-70 kg. 35.5% son I.N.N.S.Z y el 32.5%(13) SUA-ENEO, lo que equivale 33.8%(24) del valor total. Así mismo el 7%(5) corresponde a 40-50 kg. lo cual el 12.9%(4) lo tiene I.N.N.S.Z corresponde a 71 o más kilogramos de peso lo que equivale el 4.2%(3) del total de ambas poblaciones.

La talla presentada en las poblaciones estudiadas son de 1.56-1.60 centímetros con el 37.7%(26) del total atribuyendo 38.5%(15) SUA-ENEO y 36.7%(11) I.N.N.S.Z. El 27.5%(19) miden de 1.51-1.55 centímetros, lo cual el 30%(19) I.N.N.S.Z y 25.6%-(10) SUA-ENEO. El rubro 1.45-1.50 centímetros el 25.6%(10) se atribuye al SUA-ENEO, y 13.3%(4) I.N.N.S.Z, lo que equivale 20.3%(14) valor total y 72%(5) miden más de 1.66, donde el 13.3%(5) son I.N.N.S.Z y 2.6%(4) SUA-ENEO.

El estado civil esta en 62.9%(44) son casadas y el 63.3%(19) pertenecen al I.N.N.S.Z, con el 62.5%(25) SUA-ENEO. El 28.6%(20) son solteras, lo que el 30%(12) son del SUA-ENEO y 26.7%(8) I.N.N.S.Z, en el menor porcentaje son divorciadas con 71%(5), atribuyendo 7.5% SUA-ENEO y 6.7(2) I.N.N.S.Z.

Con un 67.6%(48) consideran que el hábito de fumar puede ser un factor de riesgo para contraer cáncer de mama, lo que el 71%(22) corresponden al I.N.N.S.Z y 65%(26) SUA-ENEO, mientras que el 26.8%(19) de valor total dicen que no, correspondiendo 29%(9) I.N.N.S.Z Y EL 25%(10) SUA-ENEO. El 5.6(4) no sabe perteneciendo el 10.4%(4) SUA-ENEO.

El riesgo de padecer cáncer de mama por la menstruación y el embarazo a temprana edad para las poblaciones son el 62.3%(43) consideran que no es un factor de riesgo y por población el SUA-ENEO es de 51.3%(20) y I.N.N.S.Z 76.7%(23). El 35.9%(14) SUA-ENEO, 20%(6) I.N.N.S.Z responden que si; esto equivale 29%(20) valor total y el 8.7%(6) corresponde el rubro de no saber con 12.8%(5) SUA-ENEO y 3.3%(6) I.N.N.S.Z.

Las poblaciones del SUA-ENEO y I.N.N.S.Z respondieron que tanto influye la nuliparidad y edad del primer embarazo para ser un factor de riesgo en donde el 42.2%(27) considero casi siempre con el 44.8%(13) I.N.N.S.Z y 40%(14) SUA-ENEO, mientras que el 25.7%(9) SUA-ENEO y 17.2%(5) I.N.N.S.Z respondieron que siempre lo que equivale 21.9%(14) del valor total. En cuanto al rubro de ni siempre ni nunca el 15.6%(10) de ambas poblaciones, el 24%(7) I.N.N.S.Z 8.6%(3) SUA-ENEO, por otra parte el 17.1%(6) SUA-ENEO y 3.4(1) responde casi nunca lo que da un 10.9%(7) por el valor total de ambas poblaciones y por último el 9.4%(6) del total responde nunca, atribuyendo el 10.3%(3) I.N.N.S.Z y 8.6%(3) SUA-ENEO.

El 90.1%(4) considera que el alimentar con pecho materno a los hijos no es un factor de riesgo para la aparición de cáncer de mama y por población el 95%(38) SUA-ENEO y 83.9%(26) I.N.N.S.Z con el 12.9%(4) I.N.N.S.Z, 2.5%(1) SUA-ENEO dijo que si esto equivale al 7%(5) del valor total y el 2.8%(2) de ambas poblaciones no sabe a lo que por población el 3.2%(1) corresponde e I.N.N.S.Z y 2.5%(1) SUA-ENEO.

El 72.9%(51) esto es sobre el valor total por ambas poblaciones respondió que el uso prolongado de anticonceptivos favorece al desarrollo de cáncer de mama, a lo que el 8.2%(32) se le atribuye a la población SUA-ENEO y el 37.3%(19) I.N.N.S.Z, mientras que el 62.5%(5) I.N.N.S.Z y el 37.5%(3) SUA-ENEO no sabe dando un 11.4%(8) del total. Así mismo el 15.7%(11) respondió no y por población el porcentaje sería 22.6%(7) I.N.N.S.Z y 10.3%(4) el SUA-ENEO.

Ambas poblaciones responden que si el tener antecedentes de cáncer de mama, ovario o endometrio propician a desarrollar cáncer de mama con un 80.3%(57) de valor entre ambas poblaciones y el porcentaje por población fue el 83.9%(26) son I.N.N.S.Z y 77.5%(31) SUA-ENEO. Mientras que el 20%(8) SUA-ENEO y 9.7%(3) I.N.N.S.Z respondió que no esto equivale el 15.5%(11) del valor total. El 4.2%(3) dijo no sabe, con el 6.5%(2) I.N.N.S.Z y 2.5%(1) SUA-ENEO.

El parentesco familiar que predispone más para favorecer al cáncer de mama de acuerdo a lo que respondieron las enfermeras, el rubro de todas las anteriores dando 46.5%(33) del valor total de ambas poblaciones, 52.5%(21) SUA-ENEO, 38.7%(12) I.N.N.S.Z, el 25.8%(8) I.N.N.S.Z, 17.5%(7) SUA-ENEO responde que la madre, lo que equivale a 21.1%(15) de ambas poblaciones así mismo y de igual porcentaje y frecuencia, mencionó ninguna, de estas el 27.5%(11) SUA-ENEO Y EL 12.9%(4) I.N.N.S.Z, lo que respecta al rubro de la abuela el 6.5%(2) I.N.N.S.Z, el 2.5%(1) SUA-ENEO equivaliendo 4.2%(3) por el total y la hermana con el 16.1%(5) I.N.N.S.Z lo que equivale 7%(5) por la totalidad de ambas poblaciones.

La autoestima influye siempre en el estado de salud según las enfermeras del SUA-ENEO con el 57.5%(23) y el 54.8%(17) ambas poblaciones. Mientras que el 18.3%(13) lo considera casi siempre, por población el 25%(10) corresponde SUA-ENEO y 9.7%(3) I.N.N.S.Z, casi nunca el 19.4%(6) I.N.N.S.Z y 5%(2) SUA-ENEO esto equivale 11.3%(8)

del total; así mismo el 8.5%(6) ni nunca, ni siempre con el 12.9%(4) y para el SUA-ENEO 7.5%(3), I.N.N.S.Z 3.2%(1).

El autorespeto influye siempre en el estado de salud de las enfermeras del I.N.N.S.Z. con el 79.3%, SUA-ENEO 69.2%(27) lo que equivale al 73.5%(50) de ambas poblaciones sobre el valor total, de igual manera el 10.3%(3) I.N.N.S.Z, 7.7%(3) para el SUA-ENEO en un 8.8%(6) del total. En el rubro de casi siempre y casi nunca fue de 7.4%(5), con 10.3% I.N.N.S.Z y 5.1% SUA-ENEO y 12.8%(5) de la misma población casi nunca. El 2.9%(2) ni siempre ni nunca del total y por población el 5.1%(2) SUA-ENEO.

Las enfermeras consideran que siempre influye el autoconocimiento en su estado de salud con 59.2%(42) valor total de ambas poblaciones y por población el 64.4%(20) corresponde al total de I.N.N.S.Z 55%(22), SUA-ENEO, 15%(6) de la misma población y 6.5%(2) I.N.N.S.Z casi siempre lo que equivale 11.3%(8). En casi nunca 15%(6) SUA-ENEO y 6.5%(2) I.N.N.S.Z, esto es 11.3%(3) total. Nunca el 9.9%(7) con el 12.9%(4) I.N.N.S.Z 7.5%(3) SUA-ENEO y 8.5%(6) se encontró en rubro de ni siempre ni nunca, por población el 9.7%(3) I.N.N.S.Z y 7.5%(3) SUA-ENEO.

El Autocontrol influye siempre con 35.3%(24) del total, el 37.9%(11) I.N.N.S.Z, 33.3%(13) SUA-ENEO. El 30.9%(21) para casi siempre con 34.5%(10) I.N.N.S.Z, 28.2%(11) SUA-ENEO. El rubro de nunca el 25.4%(10) SUA-ENEO y 20.7%(6) I.N.N.S.Z lo que equivale a un 23.5%(16), en tanto el 8.8%(6) correspondió a ni siempre ni nunca con 10.3%(4) SUA-ENEO y el 6.9%(2) I.N.N.S.Z, mientras que el 1.5%(1) correspondió a casi nunca. Con el 2.6%(1) SUA-ENEO.

En cuanto a la realización de actividades extras para mantener el estado de salud las enfermeras contestaron un 77.4%(24) casi siempre y las enfermeras del SUA-ENEO un 53.8%(21) lo que equivale al 64.3%(45) del porcentaje total, en tanto SUA-ENEO 23.1%(9) casi nunca y I.N.N.S.Z un 12.9%(4) lo que equivale al 18.6%(13) del total, El

5.1%(2) del SUA-ENEO y 3.2%(1) I.N.N.S.Z nunca fue su respuesta lo que un total fue de 4.3%(3).

Alo que respecta a la aceptación al realizarse el autoexamen mamario las enfermeras del I.N.N.S.Z. contestaron en un 79.3%(23) siempre perciben esta actitud, en tanto el 64.9%(24) del SUA-ENEO lo mismo equivaliendo al 71.2%(47) del total, el 24.3%(9) SUA-ENEO, y 13.8%(4) I.N.N.S.Z dijo casi siempre de un total de 19.7%(13) mientras que el 8.1%(3) SUA-ENEO casi nunca, en tanto las del I.N.N.S.Z no hubo respuesta. El 4.5%(3) del total y sólo el 3.5%(1) del I.N.N.S.Z mencionó que nunca lo que equivale al 3%(2) del total.

El rechazo al realizarse el autoexamen de mama, el 63.6%(21) SUA-ENEO, mencionó que nunca percibía esa actitud, mientras que sólo el 59.3%(16) del I.N.N.S.Z, lo que equivale 61.7% del total. El SUA-ENEO con 30.3%(10), 11.1%(3) I.N.N.S.Z respondió casi nunca, significando el 21.7%(13) del total. En tanto el 11.1(7) I.N.N.S.Z y 6.1%(2) SUA-ENEO dijo siempre significando el 8.3%(5) del total.

Sobre la toma de conciencia a la realización del autoexamen mamario el 66.7%(18) del I.N.N.S.Z y 52.9%(18) contesto que siempre percibe actitud significando el 59%(36) del total. En tanto el 38.2%(13) SUA-ENEO Y 18.5%(5) I.N.N.S.Z mencionó casi siempre lo que equivale al 29.5%(18). EL 2.9%(1) SUA-ENEO, 7.4%(2) I.N.N.S.Z casi nunca toman conciencia lo que equivale un 4.9%(3) del total.

Referente a la decidía el 34.3%(11) SUA-ENEO, el 30.7% I.N.N.S.Z contesto nunca resultando el 32.8%(19) del total. El 25.9%(15) se encuentra en el rubro casi nunca, con el 31.2%(10) SUA-ENEO, 19.2%(3) I.N.N.S.Z. Por otra parte el 19.2%(5) de las enfermeras del I.N.N.S.Z y 18.7%(6) SUA-ENEO respondió casi siempre tiene actitud de decidía, lo que equivale 19%(1) del total por ambas poblaciones.

Con lo que respecta al rubro de quien les había enseñado a las enfermeras a realizarse el autoexamen de mama, el SUA-ENEO contesto el 57.5% y las del I.N.N.S.Z el 36.7%(11) señalaron que los médicos significando el 48.6%(34) del total. El 36.7%(11) I.N.N.S.Z y el 27.5%(11) SUA-ENEO indicó que los maestros con un 31.4%(22) del total. En tanto el 6.7%(2) I.N.N.S.Z, SUA-ENEO el 2.5%(1) respondió madres, tías o hermanas, lo que significo 4.3% del total.

Sobre si se trato el tema del autocuidado en la formación académica las enfermeras del I.N.N.S.Z el 71%(22) SUA-ENEO 69.2%(27) mencionó que si lo había visto lo que significo el 70%(49) del total y el 30.8%(12) SUA-ENEO, 29%(9) I.N.N.S.Z dijo que no con el 30%(21) valor total.

El 82.6%(19) I.N.N.S.Z, 63.6%(21) SUA-ENEO respondió si haber visto el tema con conciencia de riesgo y técnica adecuada, significando el 71.4%(40) del total y el 28.6% dijo que no; con el 36.4%(12) SUA-ENEO, 17.4(4) I.N.N.S.Z.

Lo que respecta la frecuencia con que se realiza el autoexamen de mama el 47.5% SUA-ENEO, 38.7%(12) I.N.N.S.Z respondió cada que recuerda, siendo de un total el 43.7%(31). En tanto el 30%(12) SUA-ENEO y 32.3%(10) I.N.N.S.Z dijo de 2-4 meses, lo que equivale 31%(22). Así mismo el 25.8%(16) I.N.N.S.Z, 20%(8) SUA-ENEO mencionó cada mes significando el 22.5%(16) del total y sólo el 2.5%(1) SUA-ENEO, 3.2%(1) I.N.N.S.Z nunca lo realiza lo que significo el 2.8%(2) del total.

El 77.8%(21) I.N.N.S.Z, 56.4%(22) si conoce los métodos que emplean en la realización de autoexamen de mama significando el 65.2%(43) total. El 41%(16) SUA-ENEO y 22.2%(6) I.N.N.S.Z no los conocen, lo que equivale el 33.3%(22) del total.

El cuanto a métodos empleados para realizar la técnica de autoexamen de mama el 75%(18) I.N.N.S.Z y el 66.7%(18) del SUA-ENEO contesto incorrectamente lo que resulto el

70%(3) del total, el 33%(9) SUA-ENEO y el 25%(66) I.N.N.S.Z respondió correctamente equivaliendo el 29.4%(15) del total.

El 57.7%(26) de las enfermeras del SUA-ENEO y 55.8%(19) I.N.N.S.Z contestaron que al realizarse el autoexamen de mama no han encontrado ninguna alteración lo que equivale el 56.9%(45) del total. Mientras que 17.7%(8) SUA-ENEO y 20.5%(7) I.N.N.S.Z presenta dolor al momento de realizarse el autoexamen de mama lo que significa 18.9%(15). Así mismo el 4.4%(2) SUA-ENEO y 5.8%(2) I.N.N.S.Z presentó turgencia, con el 5.6%(4) total. El 4.4%(2) SUA-ENEO y 2.9%(1) I.N.N.S.Z dijo tener cambios en la piel y masura lo que suma del total 7.4%. El 4.4%(2) SUA-ENEO contestó tener inmovilidad, significando el 2.5% del total.

En cuanto a que si se busca consulta profesional al encontrar alguna alteración al realizarse el autoexamen de mama. El 82.1%(23) I.N.N.S.Z y 48.6%(17) SUA-ENEO siempre busca consulta lo que equivale el 63.5%(40) del total. El 47.7%(16) SUA-ENEO, 7.1%(2) I.N.N.S.Z casi siempre significando el 28.6%(18) y nunca el 3.2%(2) del total, donde 6.7% son del SUA-ENEO.

Si al realizarse el autoexamen mamario siente temor de encontrar alguna alteración el 35%(14) SUA-ENEO, I.N.N.S.Z 22.6%(7) dijo casi siempre siente el temor. El 30%(12) SUA-ENEO y I.N.N.S.Z el 29%(9) siempre responde lo que equivale el 29.6%(21) del total. En tanto el 17.5%(7) de las enfermeras del SUA-ENEO, y 19.4%(6) I.N.N.S.Z casi nunca lo que equivale el 18.3%(13) y sólo el 10.4% SUA-ENEO y 19.4%(6) I.N.N.S.Z dijo que nunca lo que equivale al 14.1%(10) del total.

Las enfermeras del SUA ENEO con el 87.5% y las I.N.N.S.Z con 90%(27) respondió nunca sentir pena por tocar su cuerpo al momento de realizarse el autoexamen mamario lo que equivale del total el 88.6%(62). El 4.3%(3) casi nunca, con 25% SUA-ENEO y 6.7%(2) I.N.N.S.Z. El 7.5%(3) SUA-ENEO dijo siempre y casi siempre con un total de 4.3%(3).

El 75%(30) del SUA-ENEO y 73.3% I.N.N.S.Z contesto que nunca interfieren sus actividades con la realización del autoexamen mamario lo que equivale el 74.3%(52) del total. El 5%(2) SUA-ENEO y 13.3%(4) contestó ni siempre ni nunca lo que significa el 8.6%(6). Sólo el 11.4%(8) del total dejó que siempre y casi siempre, donde el 15%(6) son del SUA-ENEO Y 6.6%(2) I.N.N.S.Z.

El tema de autoexamen de mama tratado con otras mujeres. El 47.5%(19) SUA-ENEO y 41.9%(13) dijo que casi nunca, lo que equivale el 45.1%(32). En tanto el 23.9%(17) del total menciona que nunca donde el 25.8%(8) son del I.N.N.S.Z y el 22.5%(9) SUA-ENEO. Casi siempre el 12.7%(9) del total, en el cual 12.5(5) SUA-ENEO y 12.9%(4) I.N.N.S.Z, sólo el 5.6%(4) del total dijo siempre, el 5%(2) SUA-ENEO y 6.5%(2) I.N.N.S.Z.

CRUCE DE VARIABLES

En relación a la edad de las enfermeras del SUA-ENEO y I.N.N.S.Z, el 38%(27) se encuentran entre los 36-40 años. El 31%(22) tiene de 25-30 años con el 19.7%(14) encontramos de 31-35 años, por último el 11.3%(8) están entre los 41 a más años de edad. Por otro lado 38 personas encuestadas respondieron que si se realizan el autoexamen mamario de estas el 50%(19) tienen de 36-40 años, el 26.3%(10) esta entre los 31-35 años, con el 15.8%(16) encontramos a las de 25-30 años y el 7.9%(3) son de 41 a más años de edad. En tanto de 33 enfermeras respondieron no realizarse el autoexamen mamario de las cuales el 48.5%(16) tienen de 25-30 años, el 24.2%(8) están entre los 36-40 años, el 15.2%(5) pertenecen al rubro de 41 a más y por último el 12.1%(4) estan entre los 31-35 años de edad.

El peso de las 71 enfermeras, el 54.9%(39) peso de 51-60 kg. de 61-70 Kg. el 33.8%(24). Con el 7%(5) esta entre 40-50 Kg. Y de 71 a más kilogramos, el 4.2%(3). De las 38 enfermeras que si se realizan e autoexamen mamario, el 52.6%(20) pesa entre 51-60 kilogramos. De 39.5%(15) estan en 61-70 kilogramos y con el 7.9%(3) peso de 40-50 kilogramos. En cuanto a las 33 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario, el

57.6%(19) fue de 51-60 kilogramos. De 61-70 kilogramos el 27.3%(9). Con el 9.1%(3) de 71 a más kilogramos y de 6.1%(2) de 40-50 kilogramos.

La talla presentada en las enfermeras fue de un total de 69, el 37.7%(26) mide de 1.56-1.65 centímetros. El 27.5%(19) de 1.51-1.55 centímetros, con el 20.3%(14) 1.45-1.50 centímetros y el 7.2%(10) más de 1.66 centímetros. Sobre las enfermeras que se realizan el autoexamen mamario el 100%(36) el 38.9%(14) midió 1.56-1.60 centímetros. El 27.8%(10) de 1.51-1.55 centímetros, con el 19.4%(7) 1.45-1.50. 8.3%(3) 1.66 a más y el 5.6%(2) fue de 1.61-1.65 centímetros. En cambio de las 33 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario con el 36.4%(13), 1.56-1.60 centímetros. En 27.3%(9), 1.51-1.55. Del 21.1%(7) 1.45-1.50 centímetros. El 9.1%(3) 1.61-1.65 centímetros y el 6.1%(2) de 1.66 a más centímetros.

Respecto al estado civil de las enfermeras, de un total de 70, el 62.9%(44) son casadas. El 28.6%(20) solteras, divorciadas 7.1%(5) y viuda con el 1.4(1). De las cuales 37 sí se realizan el autoexamen mamario, en donde el 56.8%(21) son casadas, el 29.7%(11) solteras y divorciadas el 13.5%(5) y 33 no se realizan el autoexamen mamario con el 69.7%(23) casadas, 27.3%(9) solteras y 3%(1) viuda.

El hábito de fumar podría ser un factor de riesgo para padecer cáncer de mama, responden las enfermeras con el 67.6%(48). El 26.8%(19) dijo que no y el 5.6%(4) no lo saben dando un total de 100%(71). De las 71 enfermeras 38 si se realizan el autoexamen mamario en donde el 76.3%(29) dijo sí, 21.1%(8) no y el 2.6% no sabe. En cambio de las 33 que no realizan el autoexamen mamario, el 57.6%(19) sí, con 33.3%(11) no y el 9.1(3) no sabe.

La menstruación y embarazo a temprana edad son un factor de riesgo para padecer cáncer de mama de un total de 69 enfermeras, el 62.3%(43) respondió que no, el 29%(20) dijo que sí y el 8.7%(6) no lo sabe. Referente a las 36 que si se realizan el autoexamen mamario el 72.2%(26) mencionó que no, el 22.2%(8) sí y 5.6%(2) no sabe y de las 33 que no se

realizan el autoexamen mamario, el 51.5%(17) correspondió a no, con el 36.4%(12) si y por último el 12.1%(4) no sabe.

La nuliparidad, edad del primer embarazo podría ser factor de riesgo en un cáncer de mama. De las 64 enfermeras que responden dicen que casi siempre con el 42.2%(27), siempre el 21.9%(24), ni siempre ni nunca con 15.6%(10), casi nunca el 10.9%(7) y nunca el 9.4%(6). De las cuales 33 enfermeras si se realizan el autoexamen mamario con el 45.5%(15) mencionó casi siempre, el 18.2%(6) siempre, casi nunca 15.2%(5), nunca 12.1%(4) y 9.1%(3) ni siempre ni nunca. Y de 31 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario, con el 38.7%(12) casi siempre, siempre 25.8%(8). Ni siempre ni nunca 22.6%(7) y 15.2%(5) casi nunca, nunca.

El alimentar con pecho materno a los hijos no podría ser un factor de riesgo para el cáncer de mama; responden las enfermeras con un 90%(64). El 7%(5) dijo que sí y el 3%(2) no sabe, dando un total 100%(71). De estas 71 enfermeras, 38 si se realizan el autoexamen mamario en donde el 92.1%(35) dijo no ser un factor de riesgo, el 5.3%(2) si y 2.6%(1) no lo sabe. Y 33 enfermeras no se lo realizan con 87.9%(29)no, si el 9.1%(3), no lo sabe el 3%(1).

El uso prolongado de anticonceptivos hormonales si favorece al desarrollo de cáncer mamario con el 72.9%(51) según la respuesta de las enfermeras. Con el 15.7%(1) mencionó que no y el 11.4%(8) no sabe, siendo un total de 100%(72) enfermeras. Referente a las enfermeras que si se realizan el autoexamen mamario, sólo 32 lo practican, con el 71.1%(27) si, no el 18.4%(7) y el 10.5%(4) no lo sabe. En tanto el 75%(24) respondió que si es un factor de riesgo más no se practican el autoexamen de mama. El 12.5%(4) dijo no y el 10.5%(4) no lo sabe con un total de 100% de 32 enfermeras.

En relación a que si los antecedentes de cáncer mamario, ovario y endometrio son factores de riesgo para el cáncer mamario, de 71, el 80.3%(57) respondieron que si son factores de

riesgo los antecedentes de cáncer, el 15.5%(11) respondió que no y sólo el 4.2%(3) no saben.

Por otra parte de 38 enfermeras que si se realizan el autoexamen mamario 84.2%(32) respondió que no. En tanto de 33 enfermeras que respondieron que no se realizan el autoexamen mamario, el 75.8%(25) dicen que si son factores de riesgo, el 15.1%(5) respondió que no y sólo el 9.1%(3) no saben.

En cuanto a que si el parentesco es un factor de riesgo para la aparición de cáncer mamario las enfermeras del SUA-ENEO y I.N.N.S.Z de 71 , el 46.5%(33) respondió que el parentesco de abuela, madre y hermana son el mayor riesgo para cáncer mamario, el 21.1%(15) respondió que sólo la madre es un factor de riesgo, el 21.3%(7) dijo que ningún parentesco es factor de riesgo, el 7%(5) respondió que las hermanas y sólo el 4.2%(3) dijo que la abuela. Así mismo de 38 enfermeras que si se realizan el autoexamen mamario, el 42.1%(16) dijo que son factor de riesgo las hermanas, madre y abuela, el 26.3% dijo que sólo la madre, el 21%(8) respondió que ninguna el 5.3%(2) la abuela y el 5.3%(2) las hermanas. Por otro lado de 33 que no se realizan el autoexamen mamario, el 51.5% dijo que la abuela, madre y hermana son factor de riesgo, el 21.2%(7) que ningún parentesco, el 15.2%(5) sólo la madre, el 9.1%(3) las hermanas y el 3%(1) la abuela.

Con relación el autoestima en las enfermeras, de un total de 71 enfermeras, el 56.3%(40) respondió que siempre influye el autoestima para mantener su estado de salud, mientras que el 18.3%(13) considera casi siempre; en tanto el 11.3%(8) piensa que casi nunca. El 8.5%(6) dice que ni siempre, ni nunca y el 5.6%(4) nunca. En cuanto a las 38 enfermeras que respondieron que si se lo realizan el 50%(19) responden siempre, el 21.1%(8) consideró casi siempre, el 18.4%(7) piensan que casi nunca y el 12.1%(4) ni siempre ni nunca y nunca. Con respecto a las 33 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario 63.6%(21) dicen que siempre, el 12.2%(5) casi siempre, el 21.1%(4) ni siempre ni nunca, con el 6.1%(2) nunca y por último 3%(1) casi nunca.

En cuanto al autorespeto de las enfermeras, el 73.5%(50) consideran que siempre influye el autorespeto para mantener su estado de salud, mientras que el 8.8%(6) responden que nunca, el 75%(10) dicen que casi siempre y casi nunca, en tanto el 2.9%(2) dijeron que ni siempre ni nunca. Mientras que de 37 enfermeras que contestaron si realizarse el autoexamen mamario, el 70.3%(26) respondieron que siempre, el 24.3%(9) consideran que casi siempre, casi nunca y nunca, en tanto el 5.4%(2) ni siempre, ni nunca. Así mismo de 31 enfermeras que respondieron no realizarse el autoexamen mamario, el 77.4 %(24) consideran siempre, el 13%(4) corresponden a casi siempre y a casi nunca, mientras que el 6.5%(3) respondió nunca.

Referente el autoconocimiento de las enfermeras, de un total de 71, el 59.2%(42) respondieron que siempre influye el autoconocimiento para mantener su estado de salud con el 22.6%(16) consideran casi siempre y casi nunca, mientras que el 9.9%(7) nunca y por último el 8.5%(6) ni siempre ni nunca. En cuanto a las 38 enfermeras que si se realizan el autoexamen mamario, el 57.9%(22) respondieron que siempre, con el 21%(8) consideró que casi siempre, ni siempre, ni nunca; con el 13.2%(5) correspondió a casi nunca y el 7.9%(3) nunca. Mientras que de 33 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario, el 60.6%(20) piensan que siempre, 24.2%(8) responde, casi siempre, nunca, el 9.1%(3) pertenece a casi nunca y con el 6.1%(2) ni siempre ni nunca.

El autocontrol en las enfermeras, de un total de 68 encuestas, el 35.3%(24) respondieron que siempre, incluye el autocontrol para mantener el estado de salud, el 30.9%(21) dijeron casi siempre, con el 23.5%(16) nunca, el 8.8%(6) ni siempre ni nunca y el 1.5%(1) casi nunca. De 36 enfermeras que si se realizan el autoexamen mamario 36.1%(13) respondió que siempre, el 30.6%(11) casi siempre, el 22.2%(8) nunca y el 11.1%(4) ni siempre ni nunca. En cuanto a 32 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario, el 34.4%(11) contestaron que siempre, el 31.3%(10) casi siempre, con el 25%(8) nunca, el 6.3%(2) ni siempre ni nunca y sólo 3.1%(1) casi nunca.

Actividades extras para mantener el estado de salud de las enfermeras, de un total de 70. El 64.3%(45) consideró que casi siempre influyen estas actividades para el autoexamen mamario, el 18.6%(13) responde casi nunca, con el 7.1%(5) siempre, el 5.7%(4) ni siempre ni nunca y el 4.3%(3) nunca. De las enfermeras que si se realizan el autoexamen mamario el 73%(27) respondieron casi siempre, mientras que el 16.2%(8) consideraron que ni siempre ni nunca, casi nunca y nunca y el 10.8%(4) siempre. Mientras que de 33 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario, el 54.5%(18) dijeron que casi nunca, con el 33.4%(11) casi nunca, el 6.1%(2) ni siempre ni nunca y por último el 6%(2) siempre y nunca.

La aceptación que perciben las enfermeras en relación al autoexamen mamario en un total de 66 responden el 71.2%(12) siempre, el 19.7%(13) casi siempre, con el 4.6%(3) casi nunca, en nunca el 3%(2) y el 1.5(1) ni siempre ni nunca percibe aceptación. En relación a las enfermeras que si se realizan el autoexamen mamario, el 82.4%(28) responden a siempre y en casi siempre con 17.6%(6) haciendo un total de 100%(34). De 32 enfermeras que no se realizan el autoexamen mamario, el 59.4%(19) respondió siempre percibir aceptación, el 21.9%(7) casi siempre, en casi nunca 9.6%(3), 6.3%(2) nunca y el 3.1% ni siempre ni nunca.

El rechazo que perciben las enfermeras ante la realización del autoexamen de mama fue del 61.7%(37) nunca, casi nunca, con el 21.7%(13), el 8.3%(5) siempre, el 5%(3) ni siempre ni nunca y el 3.3%(2) casi nunca lo rechazan siendo un total de 100%(60) enfermeras. De estas 30 enfermeras responden si realizarse el autoexamen mamario con el 53.3% en nunca rechazarlo, el 26.7%(8) casi nunca, con el 10%(3) siempre, ni siempre ni nunca 6.7%(2) y por último el 3.3%(1). Otras 30 enfermeras no se lo realizan, con el 70%(21) en nunca, el 16.7%(5) casi nunca, con 6.7%(2) siempre y el 6.7%(2) casi siempre, ni siempre ni nunca.

En cuanto a la toma de conciencia que perciben las enfermeras de un total de 100%(61), el 59%(36) siempre, con el 29.5%(18) casi siempre. Casi siempre el 4.9%(3) y el 6.6%(4) ni siempre ni nunca, nunca tienen toma de conciencia al realizarse el autoexamen de mama. Solo 32 enfermeras se realizan el autoexamen de mama, con toma de conciencia con el

59.4%(19) siempre, el 31.3%(10) casi siempre y el 9.3%(3) ni siempre, ni nunca, casi nunca y nunca. Y 29 enfermeras no se realizan el autoexamen de mama en el cual el 58.6% siempre tienen toma de conciencia, el 27.7%(8) casi siempre. Casi nunca 6.9%(2) y con el 6.8%(2) correspondió a ni siempre ni nunca y nunca.

La decidía que perciben las enfermeras en relación del autoexamen de mama de 58, el 32.8%(19) mencionó que nunca, en casi nunca con 25.9%(15), casi siempre el 19%(11), en siempre fue el 12.1%(7) y con 10.3%(6) ni nunca ni siempre tienen decidía para realizarse el autoexamen de mama. De las 58 enfermeras 29 si se realizan el autoexamen de mama con el 34.5%(10) correspondió a casi nunca, nunca el 31%(9), 17.3%(5) siempre, el 10.3%(3) ni siempre ni nunca y el 6.9%(2) casi siempre hay decidía y se realizan el autoexamen de mama. Las otras 29 enfermeras no se lo realizan correspondiendo el 34.5%(10) nunca, 31%(9) casi siempre, casi nunca el 17.2%(5), 10.3%(3) ni siempre ni nunca y con el 6.9%(2) casi siempre.

De las 70 enfermas del SUA-ENEO y del I.N.N.S.Z el 48.6%(34) mencionó que el médico le enseñó a realizarse el autoexamen mamario, el 31.4%(22) fue el maestro. Con el 15.7%(11) otros (enfermeras, folleto, video). Y el 4.3%(3) la madre, hermanas, tías.

En cuanto a las que si se realiza el autoexamen mamario de las 37 enfermeras; el 54.1%(20) con el rubro de médico, el maestro y otros fue de 43.2%(16) y el 2.7%(1) madre hermana y tías. Y de las 33 que no llevan acabo el autoexamen mamario el 84.8% de 28 correspondió al maestro y médico. 9.1%(3) otros y 6.1%(2) madre, tías, hermanas.

En cuanto a que si dentro de su formación académica se trato el tema de autocuidado de 70 enfermeras, el 70%(49) respondió que si se vio el tema y el 30%(2) respondieron que no. Por otro lado de 37 enfermeras que respondieron que si se realizan el autoexamen de mama el 62.2%(23) dijo que si vieron el tema y el 37.8%(14) respondió que no. Asi mismo de 33

enfermeras que no se realizan el autoexamen de mama, el 78.8%(26) respondió que si había visto el tema y el 21.2%(7) respondió que no fue tratado.

El tema del autocuidado en las enfermeras de 56, el 71.4%(40) si lo maneja con conciencia de riesgo y técnica, el 28.6%(16) no. Con respecto ha si se realizan el autoexamen de mama el 75.9%(22) y si trato el tema y el 24.1%(7) no. En tanto de 27 que no se lo realizan el 66.7%(18) mencionó que si y no con el 33.3%(9).

Del grupo de enfermeras de un total de 71, el 56.3%(40) pertenecen al SUA-ENEO y el 43.7%(31) al I.N.N.S.Z. De las cuales 38 si se realizan el autoexamen mamario, con el 52.7%(20) son del SUA-ENEO y el 47.3%(18) I.N.N.S.Z. Mientras que el 60.7%(20) pertenecientes al SUA-ENEO y el 39.3%(13) I.N.N.S.Z esto es el 100% de (33) que no se realizan el autoexamen de mama.

En relación a los métodos empleados por las enfermeras, el 65.2%(43) respondieron si conocer los métodos, el 33.3%(22) dicen que no y sólo el 1.5%(1) contestaron no saber. Así mismo de 33 enfermeras que si se realizan el autoexamen de mama, 81.8%(27) responden que si lo conocen, y el 18.2%(6) contestaron que no. En tanto de 33 personas que no se realizan el autoexamen de mama el 48.5%(16) contestaron que los conocen, el 48.5%(16) dicen que no y sólo el 3%(1) respondieron no se.

La busca de consulta profesional en cuanto a encontrar alguna alteración mamaria ya sea crónica y/o persistente en las enfermeras el 63.5%(40) dijo buscarla siempre, casi siempre el 28.6%(18) y nunca el 3.2%(2) siendo un total de 63 enfermeras. De estas 63, 35 si realizan el autoexamen mamario correspondiendo el 71.4%(25) al rubro de siempre, el 25.7%(9) casi siempre y casi nunca 2.9%(1). Las otras 28 enfermeras no realizan el autoexamen mamario con el 53.6%(15) siempre, 32.2% de 9 casi siempre y el 14.2%(4) casi nunca y nunca.

El 57%(45) enfermeras mencionó que ninguna alteración mamaria se le ha presentado, el 19%(15) presentó dolor, el 6%(5) turgencia, 5%(4) color y cambios en la piel, con el

4%(3).El menor porcentaje inmovilidad, secreción y masa dura. En relación a las que si se realizan el autoexamen el 16%(7) correspondió a dolor, 9.4%(4) color y turgencia, 9.2%(4) cambio de piel, inmovilidad, secreción, masa dura. Y el 64.2%(27) ninguna alteración.

Sobre las que no se realizan el autoexamen el 21.6%(8) mencionó el dolor, el 16.2%(2) color, cambios de piel y masa dura con el 8.1%(3) turgencia en menor porcentaje inmovilidad, secreción, con el 2.7%(1) cada signo y por último 48.6%(18) ninguna alteración

Con lo que respecta al temor de las enfermeras en relación al autoexamen de mama el 29.6%(21) respondieron que siempre tienen temor, el 29.6%(21) casi siempre, el 18.3%(13) casi nunca, el 14.1%(10) nunca y solamente el 8.5%(6) ni siempre ni nunca. Por otro lado de 38 enfermeras que si se realizan el autoexamen de mama 31.6%(12) respondieron que casi siempre siente temor, 28.9%(11) respondieron siempre, el 21.1%(8) casi nunca, el 13.2%(5) nunca y sólo 5.3%(3) ni siempre ni nunca. En tanto de 33 enfermeras que no se realizan el autoexamen de mama el 30.3%(10) respondieron que siempre perciben esta actitud, el 27.3%(9) dicen que casi siempre, 15.2%(5) casi nunca, 15.2%(5) nunca y sólo el 12.1%(4) ni siempre ni nunca.

Con relación a la pena que sienten las enfermeras al realizarse el autoexamen de mama el 88.6%(62) respondieron nunca sentir pena, el 4.3%(3) casi nunca, el 2.9%(2) dijeron que casi siempre y únicamente un 1.4(1) responden que siempre. De 38 enfermeras que si se realizan el autoexamen de mama, el 89.5% respondieron que nunca sienten pena, el 5.3%(2) casi nunca y sólo el 2.6%(1) dicen que casi siempre. En tanto de las 32 que no se realizan el autoexamen de mama el 87.5%(28) responden que nunca sienten pena y sólo el 3.1%(1) dicen que siempre siente pena.

Con relación al tiempo que dedican a diversas actividades las enfermeras en relación al autoexamen de mama, el 74.3%(52) respondieron que nunca interfieren las actividades extras con el tiempo para el autoexamen de mama, el 8.6%(6) dicen que ni siempre ni

nunca, el 5.7%(4) casi nunca y sólo el 5.7%(4) siempre. En relación a las 37 enfermeras que si se realizan el autoexamen de mama, el 83.8%(3) respondieron nunca, el 5.4%(2) ni siempre ni nunca, el 5.4%(2) siempre y sólo el 2.7%(1) casi siempre. Por otra parte de 33 que no se realizan el autoexamen de mama, el 63.6%(21) respondieron que nunca interfieren sus actividades, el 12.1%(4) ni siempre ni nunca, el 9.1%(3) casi nunca y sólo el 6.1% dicen que siempre.

El tema de autoexamen mamario es tratado con otras mujeres por las enfermeras del SUA-ENEO y I.N.N.S.Z de un total de 71 personas, el 35.1%(32) dicen que casi nunca es tratado, el 23.9%(17) respondieron que nunca, el 12.7%(9) casi siempre y sólo el 5.6%(4) siempre. Por otro lado de 38 enfermeras que si realizan el autoexamen de mama 47.4% contestaron que casi nunca es tratado el tema, el 21.1%(8) casi siempre, el 13.2%(5) ni nunca, ni siempre, el 10.5%(4) nunca y sólo el 7.9%(3) responde que siempre. En tanto de 33 enfermeras que no se realizan el autoexamen de mama el 42.4%(14) respondieron que casi nunca es tratado el tema, el 39.4%(13) dice que nunca, el 12.1%(4) ni nunca ni siempre y sólo el 6%(2) dice siempre y casi siempre.

ÁNALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados de la edad, peso, talla y estos comparados con tablas y (anexo I) no existe obesidad entre las poblaciones del SUA-ENEO y I.N.N.S.Z.

Estos tres indicadores lleva a conocer que existe cierto grado de obesidad y está es un exceso igual o mayor al 20% del peso establecido para una talla determinada.

Por otra parte se refleja un alto porcentaje en las enfermeras del SUA-ENEO con respecto a la edad de 36-40 años, lo que se considera una población adulta madura; en cambio la población adulta joven perteneciente al I.N.N.S.Z, Tuvo de 25-30 años de edad y esto aunado a las que si lo realizan el autoexamen mamario con el 51.1%, mientras un 48.9% no lo toma en cuenta puesto que no lo lleva acabo. Lo anterior es alarmante ya que la edad es un factor básico en la realización del autoexamen de mama por los cambios hormonales de la mujer en sus diferentes etapas de la vida. En cuanto a la comprobación de hipótesis de estos tres indicadores (edad, peso y talla) por población tiene significancia estadística la edad y el peso más no en la actitud de la realización del autoexamen de mama.

Respecto a la importancia del estado civil de la enfermeras del SUA-ENEO y I.N.N.S.Z, se piensa que trae consigo una carga social y cultural determinado por el rol y actividades que desempeña la mujer dentro de la sociedad no permite la realización del autoexamen de mama. Esto se ve reflejado en las casas del I.N.N.S.Z con el 52.3% que no realizan el autoexamen de mama el resto si. Mientras que las solteras de un 45% no lo práctica y el otro porcentaje restante si, lo cual llama la atención que no lleva acabo el autoexamen de mama.

Sin embargo al aplicar la prueba estadística no existió diferencias significativas entre el estado civil por población y la realización del autoexamen de mama. En relación a lo anterior se pensaría que el rol social que desempeña la mujer como el trabajo no deja tiempo para realizarse el autoexamen de mama. En cambio cuando se les cuestiono si sus actividades diario (casa, trabajo, escuela, etc.) impiden que lleven acabo el autoexamen mamario. El 80% respondió que nunca interfieren estas actividades con el autoexamen de mama. Pero al

relacionarlo con la práctica del autoexamen mamario, se encontró que aproximadamente el 42.8% no lo realiza, lo que se esperaba es que este porcentaje fuese menor.

Sobre la prueba estadística no se presenta significancia por institución y la relación del autoexamen de mama.

Ahora bien todo el ser humano tiene la responsabilidad de tomar conciencia respecto a su salud. Para que esto se logre es necesario reconocer aquellas fuerzas naturales internas (autocontrol, autoestima, autorespeto, autoconocimiento, autocuidado) determinantes para lograrlo, se observa que el autorespeto es el valor que mayor importancia le dan las enfermeras para mantener sus estado de salud en segundo término quedo el autoconocimiento y la autoestima, en menor proporción el autocontrol, cabe destacar que aproximadamente un 30% de las enfermeras de ambas instituciones por su respuesta, estas fuerzas no influyen para mantener un estado de salud óptimo de las cuales el 57.3% si realiza el autoexamen de mama el resto no. Sobre las enfermeras que consideran los valores mencionados para mantener el estado de salud aproximadamente el 52% lleva acabo el autoexamen de mama esperando ser más alto, lo que no fue así. Al realizar la prueba estadística con respecto a la institución y la realización del autoexamen mamario no se encontró diferencias significativas.

Sobre las actividades extras de la vida diaria como el ejercicio, buena alimentación, visitas periódicas al médico, descanso etc. parte del autocuidado, un valor más que todo ser humano debe considerar si quiere mantener su estado de salud.

La mayoría mencionó casi siempre llevar actividades extras de las cuales el 30.6% no realiza el autoexamen de mama resto si, lo que es aceptable. Por otra parte en menor porcentaje de las enfermeras dijo que casi nunca y nunca realiza actividades extras el 75% no se realiza en autoexamen de mama el resto si, lo que es indicador de ser alarma ya que si hubiesen

mencionado alguna de estas dos acciones sería un logro para el bien de la salud de ellas mismas.

En cuanto a si existen diferencias significativas por institución no las hay. Pero si lo hubo en la realización del autoexamen de mama en relación a las actividades extras para mantener su estado de salud.

Referente a la formación académica es importante saber que tan fundamentadas están sus conocimientos acerca de los posibles factores de riesgo para la aparición de cáncer de mama. Puesto que al relacionar lo que estamos aprendiendo con lo que sabemos debería existir una modificación las actitudes. Tal parecerá no ser así ya que al preguntarles si el hábito de fumar es un factor de riesgo las dos terceras partes respondió que si, mientras una tercera parte mencionó lo contrario y no saber. Del total que respondió si , el 57.6% no realiza el autoexamen de mama el resto si lo lleva acabo. Y de las que respondieron que no y no lo saben aproximadamente el 40% no se realiza el autoexamen de mama las demás si, lo cual no se esperaba las diferencias por el simple hecho de ser personal de salud.

Así mismo con la nuliparidad, menstruación y embarazo a edad temprana o tardía, así como el no alimentar con pecho materno, el uso prolongado de anticonceptivos antecedentes de cáncer de mama, ovario o endometrio en sus familiares son factores que predisponen a la aparición de cáncer mamario. Contestando en forma correcta, lo cual nos permite pensar que dentro de la información sobre el enfoque de riesgo.

De ante mano se aclara que los indicadores antes mencionados no son parámetros para identificar factores de riesgo personales de cada población; si no que fueron utilizados para conocer la formación académica de las enfermeras, por lo que la mayoría debería de realizarse el autoexamen de mama, es decir que no importa que estos factores no se refieran a ellas como tal, sin embargo la mitad de las poblaciones no se realiza el autoexamen de mama.

Y referente a la aplicación de la prueba estadística se encontró nula significancia entre las poblaciones y la realización del autoexamen de mama.

Otro factor importante de la formación académica es el manejo correcto de la técnica empleada para realizarse el autoexamen de mama, encontrándose al respecto que el 78.8% del I.N.N.S.Z dice conocer los métodos, mientras que solo el 56.4% del SUA-ENEO respondió lo mismo. Lo que llama la atención que I.N.N.S.Z dice conocer el mayor número de técnica. Por otra parte cuando se les preguntó cuales son los métodos el 70.6% del total respondió incorrectamente. Observando estos resultados se deduce que la formación académica no cubrió los objetivos básicos a la técnica del autoexamen de mama.

En cuanto a la comprobación de hipótesis por institución no hubo significancia, solo por métodos conocidos contra la realización del autoexamen de mama, si hubo diferencia estadística, lo que hace pensar que si influye la formación académica para llevar acabo el autoexamen de mama.

Es importante saber si el tema de autocuidado fue tratado a lo largo de su carrera. El 70% dijo que si manejo el tema, de éstas el 53.1% no se realiza el autoexamen de mama, lo importante aquí es señalar que si vieron el tema este porcentaje debió haber sido menor.

Y al preguntar si esté tema fue tratado con conciencia de riesgo. El 71.4% mencionó que si, sin en cambio al momento de relacionarlo con la acción del autoexamen de mama, el 55% si lo realiza y el resto no. Porcentaje que se esperaba ser mayor, ya que si al tratar el tema con conciencia de riesgo se realizarían más el autoexamen de mama.

Ahora bien en aquellas enfermeras que presentan alguna alteración el 56.9% no lleva acabo el autoexamen de mama lo que pone aún más el riesgo para su salud resaltando su falta de conciencia preventiva. Por otro lado cuando las enfermeras del I.N.N.S.Z encuentran

alteraciones ya sea persistentes y/o crónica siempre buscan consulta profesional sin dudarle que las del SUA-ENEO reflejan alto porcentaje de duda para buscar ayuda por lo que se encontró diferencias significativas entre instituciones.

En cuanto a las actitudes de las enfermeras de ambas poblaciones hacia la toma de conciencia y la aceptación del autoexamen de mama se encontró que el 90% aproximadamente refieren percibir estas actitudes. Sin embargo a cuantas de ellas acabo, el resto no. Ahora bien las que no consideran tener estas actitudes el 23% únicamente esta llevando acabo el autoexamen de mama, siendo un porcentaje demasiado bajo, lo que no lleva a suponer que hay una estrecha relación entre las actitudes y la realización del autoexamen de mama.

Con lo que respecta a las actitudes negativas hacia el autoexamen de mama se encontró que el 37% del total de las poblaciones aceptan tener un mayor a menor grado actitudes de rechazo hacia el autoexamen de mama, mientras que el 61.7% asegura no presentar esta actitud. Pero el 56.8% de estas no esta llevando acabo el autoexamen de mama. Así mismo con relación a la actitud de decidía el 67.3% percibe esta actitud en el momento de llevar acabo el autoexamen de mama, mientras que solo el 32.8% nunca acepta tener esta actitud de la cual el 47.4% se esta realizando el autoexamen de mama, mientras que el resto no se lo realiza.

Al aplicarse la prueba estadística encontramos significancia por institución de la cuál el I.N.N.S.Z presenta mayor decidía y rechazo, en cuanto a la realización del autoexamen de mama y las actitudes no hubo diferencia significativa ya que el número de enfermeras que dicen presentar la decidía y el rechazo es proporcional al número de las que no se lo realizan el autoexamen de mama de igual manera las mujeres que dicen no sentir la decidía y el rechazo es relativamente proporcional a las que si se realizan el autoexamen mamario. La importancia de estos resultados es que hay un gran número de enfermeras rechaza y no acepta el autoexamen de mama.

Se podría suponer que para presentarse la decidía y el rechazo existen otros factores que predisponen su presencia como la pena y el temor puesto que al preguntarles a las enfermeras si les daba pena tocar su cuerpo en su mayoría respondió que no de las cuales sólo el 54.8% si se realiza el autoexamen de mama lo que debió haber resultado más alto el porcentaje y esté no fue así.

En tanto el temor se encontró que la mayoría de las enfermeras del SUA-ENEO y I.N.N.S.Z aceptaron tener un cierto grado temor al realizarse el autoexamen y de encontrar alguna alteración. No se encontró significancia estadística alguna.

Se sabe que la sociedad tiene un papel muy importante en los procesos educativos como lo es la familia en donde se adquieren las bases para un estilo de vida.

Encontrándose en el cuadro No.19 que el médico y maestros ocupan el primer lugar de enseñanza en cuanto al autoexamen de mama y en una proporción menor lo cuál es alarmante estuvo la familia (madre, tías, hermanas) intervienen en la enseñanza del autocuidado para las nuevas generaciones y cuando se les cuestiono si el temas de autoexamen es tratado con otras mujeres la mayoría respondió no tratar el tema con frecuencia en su grupo social sin importar a que institución pertenece reflejado que los temas de este tipo ocupen un lugar de mayor importancia en la vida de la mujer.

CONCLUSIONES

El desarrollo de este presente trabajo nos permitió, analizar los factores psicosociales y la formación académica en las poblaciones de enfermería de las instituciones SUA-ENEO Y INNSZ., que influyen para que se presente actitudes hacia el autocuidado a través de la practica del AEM., siendo éste nuestro objetivo principal.

Una vez validada las hipótesis tanto la investigación como la nula a través del método estadístico de X^2 de Pearson. Se encontró en su mayoría resultados poco significativos por lo que se acepto la hipótesis nula, la cual dice que los factores psicosociales y la formación académica no influyen en la actitud del autocuidado a través del autoexamen mamario en las enfermeras del SUA-ENEO Y INNSZ.

Sin embargo existieron datos significativos, que nos demuestran la influencia de algunos factores que interfieren para la realización del autoexamen mamario, como son: la edad de las enfermera, el conocimientos sobre si el parentesco predispone a cáncer de mama, el rechazo y la desidia hacia el autoexamen mamario, actividades extras (ejercicio, buena alimentación, visitas periódicas al medico, descanso, etc) para el autocuidado y conocimientos de métodos para la realización del autoexamen mamario.

Estos resultados nos permiten pensar que lo expuesto en el marco teórico tiene gran importancia, ya que la enfermera al tomar la decisión de llevar acabo el AEM, no solamente se pone en práctica los conocimientos académicos, sino que se inicia un mecanismo de interacción a nivel psico-social, donde toma gran importancia el rol social que desempeña en ese instante de su vida, la carga de trabajo, el estatus que tiene en la familia, sociedad, etc., la forma en que se valora como un ser y necesidades, los hábitos que incorpora a su vida, la socialización que llevo acabo en el seno familiar, los patrones de conducta que la enfermera ha incorporado a su estilo de vida, la concientización del costo-beneficio de sus actividades, la personalidad, los valores que sirven para la toma de decisiones, que le permiten afrontar la

problemática actual, las vivencias previas para la formación de actitudes como la ignorancia, el miedo, el hábito, la conceptualización y aceptación del autocuidado, autoestima, autoconocimiento, autocontrol, autorespeto como fuerzas importantes en la formación del estilo de vida, etc.

Así mismo la formación académica tiene gran importancia en la vida de la enfermera ya que se ha demostrado ampliamente, que la adquisición de conocimientos no es razón suficiente para que la enfermera lleve acabo un cambio de actitudes hacia la salud, ya que actualmente la enfermera aprende en forma pasiva, repetitiva y memorística, lo que impide que se lleve acabo un aprendizaje significativo donde los conocimientos se adquieran porque tienen un significado en la vida práctica del alumno para conexiones lógicas, sustantivas y no arbitrarias del conocimiento y así sus experiencias previas y reales, fabriquen un interés, reflexión, conciencia, sentido, utilidad y con ello profesionales en salud y así tener un lugar importante en su formación, dentro de un proceso de enseñanza, orientándose éste prioritariamente al fomento de actitudes, valores y hábitos favorables hacia la salud y el desarrollo de capacidades del autocuidado.

Por lo que una actitud o actividades no es un acto aislado en la vida de un individuo, sino que se encuentra determinado por un conjunto de patrones de conducta que van formando su estilo de vida ya sea saludable o no y no sólo ser, un problema biológico.

Esto nos permite reconocer que la metodología utilizada en el presente investigación no fue la correcta, ya que este tipo de estudio al ser subjetivo requería la ayuda de otras disciplinas como la metodología social, la cual tiene los métodos indicados para valorar preguntas (indicadores) subjetivas como las empleadas en la presente trabajo, ya que lleva a cabo análisis más profundo de los resultados descubrimos que si existen diferencias en los porcentajes, lo que nos indica una influencia directa de los factores psicosociales y la formación académica en la enfermeras para presentar una actitud ante la práctica del

autoexamen mamario. Siendo fundamental para pensar que la hipótesis de trabajo es la correcta.

Por tal se sugiere que en el área de enfermería se necesita tener una nueva visión en la investigación, ya que los métodos enseñados en las aulas son en su mayoría para investigaciones cuantitativas, representando un problema para los alumnos que se deciden por un trabajo cualitativo que conlleva a resultados poco fidedignos para metodología empleada.

SUGERENCIAS

Los profesionales de enfermería dada su formación para el cuidado de la salud, deben tener una visión más trascendente de los hechos de la realidad, en la que se aplican las medidas adecuadas, preparándose para mantenerse actualizados de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos.

El personal de enfermería debería actuar como modelo de autocuidado a través de sus funciones, lo que garantiza acciones más eficaces que contribuyen al bienestar propio y a la valoración de su vida, con ello se transforma un buen educador para la salud.

Incluir en la formación académica el conjunto de conocimientos sobre valores, actitudes de los profesionales de la salud, para la practica esencial del autocuidado.

Se requiere un cambio en los programas de estudio, basados en la prevención, con el fin de contar con la formación de enfermeras competentes y capaces de asumir con plena responsabilidad, la práctica de la educación en salud, más conciencia sobre el actuar que puede ser positivo o negativo de acuerdo a la introyección de ésta para su vida ante los riesgos prevenibles.

Por lo que se sugiere:

- la enfermera debe de aceptar en forma reflexiva y objetiva la importancia del autocuidado como un estilo de vida.
- Estimular el reconocimiento de las fuerzas internas en ellas que interactúan en la enfermera como el autocuidado, autoconfianza, autoreconocimiento, autocontrol, etc., como fuerzas directrices en su vida que favorece actitudes positivas hacia el autocuidado.

- Incluir en los planes de estudio un nuevo concepto de formación académica como el autocuidado, autoconocimiento, autoconfianza, autoestima, autorespeto, para que el alumno pueda desarrollar todas sus facultades morales, intelectuales, físicas, cognitivas, donde el ser se convierta en un hacer correcto, permitiendo la formación de individuos con conciencia crítica.
- Que la enfermera al adquirir los conocimientos lo hagan de forma reflexiva y objetiva, con el fin de que estos formen un estilo de vida para el autocuidado, que no solamente será benéfico en su vida diaria, sino que le permitirá ser un agente de aprendizaje confiable, bien sabido que nadie puede enseñar ningún concepto si estos no forman parte de nuestra cultura.
- Realizar un cambio en su rol y estilo de vida, dentro de su contexto social con el fin de reconocer los aspectos favorables y ahí modificar aquellos que son perjudiciales para la salud, reconociendo que ella es la persona más importante y que sus necesidades o prioridades ocupan el primer lugar en su vida.
- Elaborar programas de educación para la salud en autoexamen mamario, donde se estimule a la mujer para que lo realice y forme parte importante de su persona y su vida, y repercutir de manera directa en ella y su familia.
- Enseñar a las enfermeras las técnicas correctas del autoexamen mamario con el fin de que aprovechen el tiempo en que se realizan el autoexamen mamario para detectar alteraciones en la mama.

Todo profesional que sabe transmitir, promover y prevenir es un profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. AUSTING, B., La mujer en el pasado, presente, en el porvenir, Ed. Fontamara, México, D.F 1989, pp. 323
2. BENSON/ PERNOLL L. Martin, Manual de Obstetricia y Ginecología, 9na. edición, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, México, D.F., 1994, pp. 1444
3. BORROWS, L Educación Sathya Sai en valores humanos, Ed. Errapar, Buenosaires Argentina 1990, pp. 132
4. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. II No. 2, Agosto 1991
5. BURIN, Mabel, Signos sobre la subjetividad femenina, Grupo editor latinoamericano, Bs. As. 1987, pp. 343
6. CARDACI, Dora, Educación Nutricional, mujeres culpabilizando a mujeres, Area Educación y Salud, Universidad Nacional Autónoma de México-Xochimilco 1990
7. CARDACI, Dora, Innovaciones educativas en salud de la mujer, Cambio estructural o readaptación, I Congreso Puertorriqueño, Universidad de Puerto Rico S.J. PR 1989
8. CATALAN, M., El cuerpo de la psicología femenina, Ed. INDIGO, Barcelona España 1991, pp. 193
9. Clínica Obstetricia y Ginecologicas, El papel de la ginecoostetricia en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mamarias, Vol. 4, Ed. Interamericana, México, D.F., 1994, pp. 936

10. FAGOTHEY, Austin, Ética, teoría y aplicación, 5a. edición, Ed. Mc. Graw Hill, México, D.F, 1991, pp. 415
11. FRANCESCH, I.S., Reproductive factors and cancer of the breast ovar and endometrium, Eur J. cancr clin oncol, 1989
12. FRONGOSA, Laura y Rodríguez Ana lilia, Los Valores, Ed. Colegio Madrid, México, D.F., 1996, pp. 114
13. GARCÍA, Viveros Mariano, Propuesta de un modelo participativo sustentado en valores, Poyecto de Tesis, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zúbiran, México, D.F., 1996
14. GARCÍA, Viveros Mariano y Pulido Angélica, Humanismo, mujer, familia y sociedad, VIII, Simposium Internacional, México, D.F. 1996
15. GARCÍA, Viveros Mariano y Cerqueira Ma. Teresa, Participación Social y Educación para la salud, Memorias del taller sobrerregional latinoamericano, OMS/OPS/SS/UIPES/ORLA/ INNSZ
16. GÓNZALEZ, Carbajal Elueterio, Diagnóstico de la salud en México, Ed. Trillas, México, D.F. 1990, pp.113
17. GÓNZALEZ, Rey Fernando, Personalidad, salud y modo de vida, Universidad Nacional Autónoma de México-Iztacala, México, D.F., 1993
18. GUTIERREZ, Raúl, Introducción a la ética, Ed. Estinge, México, D.F. 1996, pp. 253

19. HARRISON, Principios de Medicina Interna, Vol. II 12a. edición, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, México, D.F. 1991, pp. 2762
20. HERNÁNDEZ, Pedro, La salud de la mujer y del niño, Ed. Instituto Nacional de Salud Pública, México, D.F. 1989, pp.124
21. HIGAHIDA, Bertha, Ciencias de la Salud, Ed. Mc. Graw-Hill, México D.F., pp. 456
22. Instituto de estudios Pedagógicos Somosaguas, Educación y Valores, Ed. Marcea, Madrid España, pp. 254
23. KASTENBAUM, R. Vejez años de plenitud, Ed. Harper & Row, Latinoamericana Harla, México, D.F 1980 pp.254
24. LAMAS, Martha, Antropología feminista y categoría genero nueva antropología, Vol. VII, No. 30 México, D.F. 1986, pp. 194
25. LEVIN, J. Fundamentos de estadística en la investigación social, 2da. Edición, Ed. Harla, México, D.F 1979 pp.365
26. Lista de morbilidad de Cáncer mamario (01/01/96 al 31/12/97) del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de bioestadística.
27. Lista de morbimortalidad del periodo (1995-1996). Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Cancerología, México 1997.
28. LUN, Cha Ja. Análisis estadístico, 2a. Edición; Ed. Interamericana, México, D.F 1977 pp.810

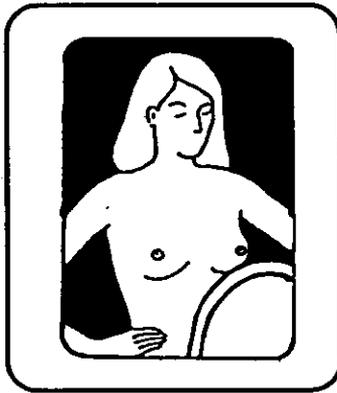
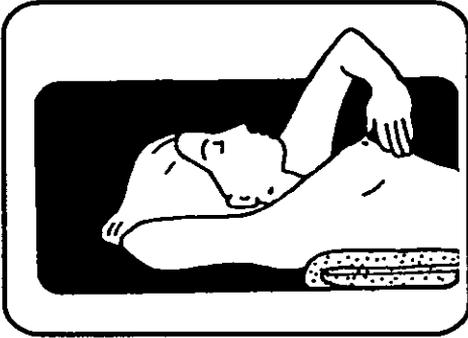
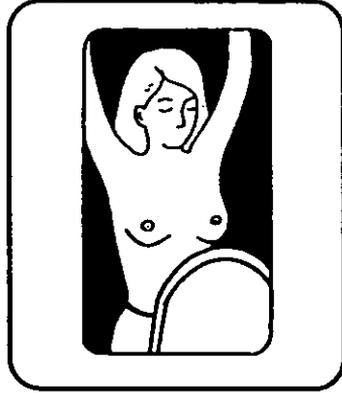
29. MARRINER, A., Modelos y teorías de Enfermería. Ed. Rol Barcelona, 1989.
30. METTLIN, C. Breast, Cáncer risk factors, Contributions to planning breast cancer control 1992 pp. 264
31. MORENO, Altamirano Laura, Guemez Sandoval Cuahutemoc, Factores de riesgo en la comunidad I y II, Elementos para estudio de la salud colectiva, Editora Facultad de Medicina, Unidad de difusión y apoyos educativos UNAM-México, 1990 pp. 240
32. Organización Panamericana de la Salud, La salud de las mujeres en las americas, Ed. Oficina Sanitaria Panamericana 1995, Washington, D.C 20037.
33. OREM, E.D Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica, Ed. Salvat, Barcelona España 1993 pp. 413
34. POLIANO, Lorente Alquilino, Manual de bioética General, Ed. Rialp, S.A Madrid España, 1997, pp. 423
35. SAN MARTÍN, Salud y Enfermedad, Ed. Prensa Mexicana, México, D.F., 1984 pp. 893
36. Secretaria de Salud, La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud, Dirección General de Salud Materno Infantil, Programa Nacional Mujer, Salud y Desarrollo México 1992.
37. Salud integral para la mujer SIPAM, Guía práctica para el examen de senos, México 1996
38. TORTORA, Mario, Prevención del cáncer del útero y de la mama, Centro de cinematografía Carlos Erba. Italia 1988 pp. 821

ANEXOS

ANEXO No. 1**TABLA DE TALLA Y PESO EN ADULTOS MAYORES DE 25 AÑOS**

TALLA	ESTRUCTURA OSEA		
	PEQUEÑA KILOGRAMOS	MEDIANA KILOGRAMOS	GRANDE KILOGRAMOS
147.3-149.8	46.9-51.1	50.1-55.7	54.3-60.3
149.9-152.3	47.4-52.0	51.1-56.6	55.2-61.3
152.4-154.8	47.8-52.9	62.0-58.0	56.1-63.0
154.9-157.4	48.8-54.3	52.9-59.3	57.5-64.4
157.5-159.9	49.7-55.7	54.3-60.0	58.9-65.8
160.0-162.5	51.1-57.0	55.7-62.1	60.3-67.6
162.6-165.0	52.4-58.4	57.0-63.5	61.3-69.5
165.1-167.5	53.8-60.0	58.4-64.9	63.0-71.3
167.6-170.1	55.2-61.2	60.0-66.2	64.4-73.1
170.2-172.6	56.6-66.6	61.2-67.6	65.8-75.0
172.7-175.2	58.0-63.9	62.6-69.0	67.2-76.8
175.3-177.7	59.3-65.3	63.9-70.4	68.5-78.2
177.8-180.2	60.7-66.7	65.3-71.8	69.9-79.6
180.3-182.8	42.1-68.1	66.7-73.1	71.3-81.0
182.9	63.5-69.5	68.1-74.5	72.7-82.3

AUTOEXAMEN MAMARIO



Anexo No. 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SALUD DE LA MUJER

Actitud de la mujer hacia el autoexamen mamario en la detección oportuna de cáncer en las poblaciones de Enfermeras de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán"

Ser mujer no corresponde únicamente a una diferencia anatómica sino principalmente a una construcción social y subjetiva, es decir a la dimensión sociocultural que contribuye a configurar el autoconcepto de la mujer y por lo tanto a la salud.

En cuanto al tema del autoexamen mamario, es un punto prioritario en la salud de la mujer

Por lo que se pretende relacionar los factores que influyen para la realización del autoexamen mamario y la salud

México, D.F 1997.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

Lea cuidadosamente y marque con un círculo, la respuesta de su preferencia.

1. ¿Qué edad tiene ?
a) 25-30 b) 31-35 c) 36-40 d) 41 o más
2. ¿Cuál es su peso ?
a) 40-50 kg. b) 51-60 c) 61-70 d) 71 a más
3. ¿Cuál es su talla ?
R = _____
4. Su estado civil es :
a) Casado b) Soltera c) Divorciada d) Viuda
5. El hábito de fumar podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer mamario ?
a) Si b) No c) No sé
6. La menstruación y el embarazo a temprana edad son un factor de riesgo para padecer cáncer de mama
a) Si b) No c) No sé
7. ¿Qué tanto influye la nuliparidad, edad de primer embarazo ya sea temprano o tardío para ser factores de riesgo en un cáncer de mama.
a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca
8. Alimentar con pecho materno a los hijos podría ser un factor de riesgo para la aparición de cáncer de mama ?
a) Si b) No c) No sé
9. El uso prolongado de anticonceptivos hormonales favorece el desarrollo de cáncer mamario
a) Si b) No c) No sé
10. Los antecedentes de cáncer de mama, ovario o endometrio propician el desarrollo de cáncer de mama.
a) Si b) No c) No sé
11. ¿Qué parentesco familiar lo predispone más para contraer cáncer de mama ?

a) Abuela b) Madre c) Hermanas d) Todas la anteriores e) Ninguno

12. Considera usted que el autoestima influye en su estado de salud

a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca

13. Considera usted que influye el autorespeto en su estado de salud

a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca

14. Considera usted que el autoreconocimiento influye en su estado de salud

a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca

15. Considera usted que influye el autocontrol en su estado de salud

a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca

16. En su vida diaria realiza actividades extras (ejercicio, buena alimentación, visitas periódica al médico, descanso, etc.) para mantener su estado de salud.

a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca

17. Señale que actitud percibes en la realización del Autoexamen mamario ?

Actitud	Siempre	Casi siempre	Ni siempre ni nunca	Casi nunca	Nunca
Aceptación					
Rechazo					
Toma de conciencia					
Desidia					

18. ¿Quién le enseñó a realizarse el autoexamen mamario ?

a) Madre, tías, hermanas b) Maestro (a) c) Amigo d) Médico

e) Otros : _____

19. Dentro de su formación académica se trató el tema del autocuidado

a) Si b) No

20. Si su respuesta es sí, el tema fue tratado con conciencia de riesgo.

a) Si b) No

21. ¿Cuál es la frecuencia con que se realiza el autoexamen mamario?

a) Cada mes b) 2 a 4 meses c) Cada que recuerda d) Nunca me lo realizo

22. Conoce los dos métodos empleados en la técnica del autoexamen mamario

a) Si Cuáles son : _____ b) No

23. Al realizarse el autoexamen mamario ha encontrado alguna de las siguientes alteraciones :
- | | |
|--|---|
| a) Color | e) Inmovilidad en alguno de los senos al mover los brazos |
| b) Dolor | f) Masa dura o bola |
| c) Turgencia | g) Secreción por el pezón |
| d) Cambios en la piel (cáscara de naranja) | h) Ninguna de las anteriores |
24. Cuando encuentra alguna alteración persistente y/o crónica busca consulta profesional al respecto.
a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca
25. Al realizarse el autoexamen mamario tiene temor de encontrar alguna alteración ?
a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca
26. Al realizarse el autoexamen mamario ¿siente pena al tocar su cuerpo ?
a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca
27. Usted piensa que el tiempo que dedica a alguna de estas actividades (casa, hijos, trabajo, escuela, etc.) no le deja tiempo suficiente para realizarse el autoexamen mamario ?
a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca
28. ¿Cuando se reúne con otras mujeres el tema de autoexamen mamario es tratado?
a) Siempre b) Casi siempre c) Ni siempre ni nunca d) Casi nunca e) Nunca

Desea hacer sugerencias o comentarios :

Gracias por su cooperación .

Elaboró: Espinosa Garcia Edith Ma. Arlette
Solorio Cadena Rosalba