

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

IZTAPALAPA



**CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

CREENCIAS ACTITUDINALES, CREENCIAS HACIA LA NORMA SUBJETIVA, ACTITUDES, NORMA SUBJETIVA, MOTIVACIÓN PARA COMPLACER A LA NORMA SUBJETIVA, INTENCIÓN Y CONDUCTA HACIA LA AUTOEXPLORACIÓN DE LOS SENOS COMO MEDIDA PREVENTIVA PARA NO DESARROLLAR CÁNCER DE MAMA.

TESIS QUE PRESENTA:

**FONSECA VILLARREAL NANCY ANGÉLICA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE :  
**PSICÒLOGA SOCIAL**

ASESORA

---

ALICIA GARDUÑO SALDIVAR

LECTOR

LECTOR

---

CARLOS CESAR CONTRERAS IBAÑES

---

FERNANDO ORTIZ LACHICA.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA**

**IZTAPALAPA**



**CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

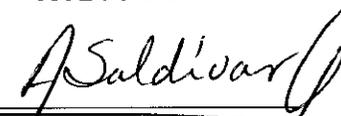
CREENCIAS ACTITUDINALES, CREENCIAS HACIA LA NORMA SUBJETIVA, ACTITUDES, NORMA SUBJETIVA, MOTIVACION PARA COMPLACER A LA NORMA SUBJETIVA, INTENCION Y CONDUCTA HACIA LA AUTOEXPLORACION DE LOS SENOS COMO MEDIDA PREVENTIVA PARA NO DESARROLLAR CANCER DE MAMA.

TESIS QUE PRESENTA:

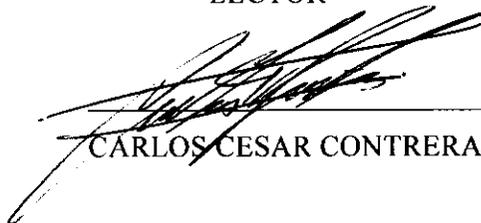
**FONSECA VILLARREAL NANCY ANGÉLICA.**

PARA OBTENER EL TITULO DE :  
**PSICOLOGA SOCIAL**

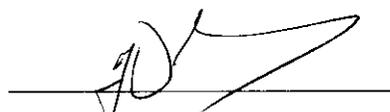
ASESORA

  
ALICIA SALDIVAR GARDUÑO

LECTOR

  
CARLOS CESAR CONTRERAS IBAÑES

LECTOR

  
FERNANDO ORTIZ LACHICA.

*DEDICADA A:*

*MI MADRE, EDGAR, JESSICA PAOLA Y EDDER:*

*Todas mis metas las he alcanzado hasta ahora y ustedes han sido parte fundamental para que así sea; el esfuerzo, dedicación, y vocación estuvo determinada por los momentos que he vivido a su lado y me han dejado ver que existen seres humanos que lo único que buscan es el bienestar de sus seres queridos y que no esperan nada a cambio.*

*Espero que esta tesis sea un aliciente para todos aquellos que la lean y ayude a corregir ciertos hábitos malos que tienen o que perfeccionen los que ya poseen; pero especialmente para ustedes Jessica Paola y Edder, para que vean que si ustedes quieren pueden lograr lo que se propongan aunque existan contratiempos, y que en el mundo hay gente que necesita del apoyo y conocimientos que posee cada ser humano para mejorar su calidad de vida, y pueden ayudar a esta gente proponiendo nuevas formas de cuidar la vida, de defender sus derechos, de ampliar sus conocimientos, de pensar, etc. Y recuerden que si el conocimiento que uno posee no se transmite a otros no vale la pena.*

*Con Cariño:*

*Nancy Angélica*

## AGRADECIMIENTOS

*A MI MADRE:*

*Por todo el apoyo, la paciencia, el esfuerzo, y por ser mi motivo para estudiar una licenciatura.*

*A EDGAR:*

*Por la comprensión, la paciencia, y por el amor que a pesar de contratiempos siempre estuvo ahí para apoyarme.*

*A JESSICA PAOLA Y EDDER:*

*Por convertirse en el motivo más fuerte para esforzarme, por la paciencia y por esos momentos de mi ausencia, que a pesar de ser muchos siempre me mostraron amor y comprensión.*

*A JORGE:*

*Por su apoyo, por el cariño que siempre me ha demostrado.*

*A ALICIA, CARLOS Y FERNANDO:*

*Por todo el tiempo invertido en mi preparación, por la paciencia y dedicación, por el apoyo académico y moral en los momentos más difíciles y sobre todo por la amistad que me brindaron el cual nunca olvidaré.*

*A ERENDIRA:*

*Por sus consejos, los momentos felices que nos hizo pasar a mi familia y a mí, y por la imagen de superación, dignidad, fortaleza, ambición, que proyectó en mí la cual fue un motivo más para superarme.*

*A TODAS LAS PERSONAS QUE COLABORARON PARA QUE SE REALIZARA ESTE TRABAJO EN ESPECIAL A LA PSICÒLOGA MICAELA Y AL Dr. MIGUEL ÀNGEL .*

## Índice.

	Página
Introducción .....	1
Capítulo I.	
El Cáncer.	
1. Consideraciones generales acerca del cáncer.....	3
1.1 Definición. ....	4
1.2 Epidemiología. ....	5
1.3 Etiología. ....	7
1.4 Tipos principales o más comunes de cáncer.....	9
1.5 Medios para el diagnóstico. ....	11
1.6 Tratamientos. ....	12
Capítulo 2.	
Cáncer de mama.	
2.1 Cáncer de mama. ....	14
2.2 Definición. ....	15
2.3 Anatomía de la mama .....	15
2.4 Epidemiología. ....	16
2.5 Patologías más comunes. ....	21
2.6 Estudios para el diagnóstico. ....	24
2.7 Tratamientos médicos para el cáncer mamario .....	27
Capítulo 3.	
Actitudes.	
3.1 Actitudes. ....	30
3.2 Definición. ....	31
3.3 Componentes de las actitudes .....	34
3.4 Modelos de actitudes. ....	35
3.5 Consistencia entre los componentes de la actitud. ....	36
3.6 Adquisición de las actitudes. ....	37

3.7 Diferencia entre actitud, creencia y opinión. ....	38
3.8 Actitudes vs conducta. ....	39
3.9 Funciones de las actitudes. ....	40
3.10 Centralidad de la actitud. ....	41
3.11 Medición de las actitudes.....	42

## Capítulo 4.

### Teoría de la Acción Razonada.

4.1 Consideraciones generales. ....	44
4.2 Teoría de la Acción Razonada.....	44
4.3 Criterio conductual.....	46
4.4 Predecir la conducta a partir de las intenciones.....	47
4.5 Predecir las intenciones a partir de las actitudes y las normas subjetivas.....	48
4.6 Complicación.....	49
4.7 Implicación .....	49
4.8 Actitud y creencias conductuales .....	50
4.9 Norma subjetiva y creencias conductuales.....	51
4.10 Implicación .....	51

## Capítulo 5.

### Método.

5.1 Participantes. ....	57
5.2 Instrumento. ....	57
5.3 Procedimiento. ....	58
5.4 Análisis .....	58

## Capítulo 6.

### Resultados.

6.1 Descripción sociodemográfica de la muestra. ....	60
6.2 Creencias actitudinales. ....	61
6.3 Creencias hacia la norma subjetiva. ....	63
6.4 Actitudes. ....	64
6.5 Norma subjetiva percibida. ....	67

6.6 Motivación para complacer la norma subjetiva .....	68
6.7 intención. ....	70
6.8 Conducta. ....	70
6.9 Individualismo- colectivismo. ....	71
6.10 Regresión. ....	72
Discusión y Conclusiones ....	75

## Capitulo 7.

### Programa de Intervención.

7.1 Introducción y diseño de la intervención.....	79
7.2 carta descriptiva. ....	82
7.3. experiencias compartidas. ....	82
7.4 Resultados .....	88
Referencias. ....	90

### Anexos.

## **INTRODUCCIÒN.**

Es posible que las ciencias sociales hayan salvado más vidas que la misma medicina (De Miguel citado en Bayes 1985:8).

El cáncer de mama es uno de los problemas más fuertes que aquejan al mundo entero y el cual acapara la atención de muchos científicos y los científicos sociales no son la excepción.

Desafortunadamente la incidencia de tumores de mama no es congruente con la cantidad de mujeres que acuden a los médicos generales una vez que existe en ellas la sospecha de padecer cáncer.

Hay que considerar que las cifras de muerte por cáncer de mama son muy altas, y al mismo tiempo que una mujer es diagnosticada con esta enfermedad, una más es mastectomizada (parcial o totalmente), y otra muere a consecuencia de este mal. A pesar de los avances en la medicina no disminuyen los casos de cáncer de mama en forma importante.

El cáncer de mama es uno de los pocos tumores en los que existen datos concluyentes de que las técnicas de detección oportuna en grandes masas de población disminuyen la tasa de mortalidad de forma sustancial.

Es por ello que la presente investigación se lleva a cabo con la finalidad de detectar que factores (sociales y/o individuales) determinan que una mujer opte o no por prevenir el desarrollo de cáncer de mama y con ello la muerte, a través de una practica simple como es la autoexploración de los senos; y le denomino simple porque es una practica que la realiza la misma mujer, en su casa, con la privacía necesaria, y desde luego en el momento que ella disponga.

La investigación será sustentada por una investigación exhaustiva en relación al cáncer de mama (etiología, epidemiología, medios para su diagnóstico y desde luego tipos de tratamiento); además un enfoque psicosocial, basado en la teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen), en la cual se contempla que el mejor predictor de la conducta es la intención que tiene un individuo de realizar dicha acción y esta a su vez esta determinada por la actitudes y la norma subjetiva percibida, las cuales están determinadas por las creencia actitudinales y la creencias hacia la norma subjetiva percibida respectivamente.

Lo anterior se apoyará de análisis estadísticos que nos confirmen o refuten lo anterior y, una vez que se acepten o rechacen las hipótesis pertinentes se procederá a realizar un programa de intervención que nos permita crear en una población específica una conciencia acerca del problema y de la forma en que podemos prevenirlo, desde luego proporcionando las herramientas necesarias, tales como, información y practica.

## **CAPITULO I.**

### **EL CANCER.**

#### 1. Consideraciones generales acerca del cáncer

En la mayoría de las personas se presenta una negativa ante la idea de tener cáncer, sin embargo tal padecimiento es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global, ya que a pesar de los avances en investigación y tratamiento , anualmente fallecen más de seis millones de personas en el mundo; la enfermedad se presenta en el momento menos esperado, no respeta edad, ni sexo, clase social, profesión, etc; es por ello, que se considera como un mal del que nadie puede afirmar estar libre.

En México, por ejemplo, las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en población general –después de las cardiovasculares-. A partir de la década de los noventa, los tumores malignos aumentaron considerablemente en mexicanos mayores de 30 años, y según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de ese año, el cervicouterino ocupaba el primer lugar con 22 mil casos por año. A su vez, se detectaron 11 mil 139 casos por carcinoma de mama; 6 mil 146 de próstata, y 4 mil 594 de ganglios linfáticos sin tomar de referencia un sector poblacional específico. Del total de los casos de cáncer, 63.5 % correspondieron al sexo femenino y 35.3 % al masculino.(Rojas 2001:6)

En opinión del doctor Jaime de la Garza Salazar, director del Instituto Nacional de Cancerología (INC), los casos de muerte en mujeres entre 30 y 60 años ocurren en mayor número por cáncer cervicouterino con 22.2% y de mama con 16.4%. “Lamentablemente, 6 de cada 10 mujeres fallecen diariamente por cáncer avanzado de éstos tipos”. (Rojas 2001:6).

Frente a este panorama, el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 subraya que las intervenciones dirigidas al combate del cáncer deberán encaminarse a la promoción de estilos de vida más sanos, prevención de riesgo entre los diversos sectores poblacionales, detección oportuna y atención temprana.

## 1.1 Definición.

Al cáncer se le ha definido de distintas maneras, dependiendo de la perspectiva con que es tratado. Para los fines de la presente investigación se mencionarán dos definiciones; una desde la perspectiva oncológica, y la coloquial. La razón es porque no toda la población comprende los términos médicos y si es necesario que una persona que no tiene grandes conocimientos acerca del tema desee leer el presente trabajo, comprenda la definición de cáncer.

En primer lugar el cáncer, o como también se le llama tumor maligno, neoplasia o crecimiento oncológico, puede definirse como una anomalía de la conducta celular en alguna parte del cuerpo (Langer y Kathryn: 1996:319). Coloquialmente, el cáncer es identificado como el matador, “donde las células malas atacan y destruyen las células buenas, o las células nuevas crecen tan rápido, que comprimen o estrangulan a las células viejas (Slimales citado en Bayes 1985)

Evidentemente se puede afirmar que el cáncer es una anomalía en el cuerpo humano, la cual es consecuencia de diversos factores, por mencionar algunos, la mala alimentación que tenemos, el modo en el que estamos contaminando el planeta, el poco hábito de practicar algún deporte, etc.

Definitivamente la mayoría de las personas al escuchar que el cáncer es una anomalía de la conducta celular puede no significar algo, pero si se dice que el cáncer es un mal denominado matador, entonces la inquietud por saber el porque se denomina así nace; y verse inmiscuido en un problema de salud como este, causa un cierto grado de miedo y puede ser que la gente comience a preocuparse por asistir a un médico y adquirir una nueva forma de vida que no ponga en riesgo su salud y desde luego que no llegue a la muerte.

## 1.2 Epidemiología.

En el pasado, la mortalidad era muy alta debido a que la mayoría de los problemas de salud no tenían solución. Sin embargo, gracias a la Revolución Industrial, la cual repercutió positivamente en los avances de la medicina, se lograron obtener métodos de tratamiento y prevención de muchas enfermedades tales como el cáncer, la tuberculosis entre otras; lo que resulta evidente es que a pesar de que en medicina ya se han logrado avances en el tratamiento y curación de este mal denominado cáncer aún el índice de mortalidad es muy elevado debido a este.

Ahora bien, si bien es cierto que la aplicación de nuevos descubrimientos, en la medicina, permitió detener las enfermedades infecciosas entre otras, surgieron entonces las enfermedades degenerativas, constituyéndose en una de las grandes causas de mortalidad hasta el presente. Este tipo de padecimientos se dividen en tres grupos principales; las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, algunas del sistema nervioso y, las cancerosas. (Guy de the, 1987, citado en Pimentel 1995).

Actualmente, las principales causas de mortalidad se engloban en estos padecimientos. En E.U por ejemplo, la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares y la segunda es el cáncer, y sumadas abarcan las dos terceras partes del total de las muertes y las enfermedades infecciosas que antes fueron la causa principal de muerte, ahora representa el 1% del total (Cairns, 1981). Por otra parte, en España , la mortalidad por cáncer es así mismo cada vez más elevada

El cáncer no es una enfermedad novedosa, pero no fue sino hasta aproximadamente 25 años que se concentraron los esfuerzos para realizar estadísticas en diferentes puntos del mundo, dando una idea general de cómo la incidencia del cáncer y la tasa de mortalidad resultante varía de un país a otro, de un grupo social a otro y cómo cambia en la medida en que la gente altera sus hábitos o emigra a otro lugar.

Sir Richard Doll, durante los años sesentas, realizó un análisis sobre la frecuencia del cáncer, primero en Londres y después en Oxford, encontrando que para un tipo de cáncer en especial había grandes variaciones; si un determinado cáncer era frecuente en una región podía ser muy raro en otra. Por ejemplo, el cáncer de pulmón, de seno y de intestino son característicos del mundo industrializado (Estados Unidos, Europa, etc) mientras que el de hígado, de estómago, así como el de cuello uterino son más frecuentes en los países en vías de desarrollo (Guy de the 1987, citado en Pimentel 1995).

Una explicación que se ha dado para esto se refiere a los hábitos de la gente; por ejemplo los japoneses siempre han mostrado la propensión al cáncer de estómago más alta del mundo, pero es muy baja en cuanto al cáncer de seno, esto es porque se asocia que la ingesta de grasas saturadas es muchísimo mas baja en Japón que en el occidente. Pero los que comenzaron a emigrar a Hawai y California a partir de los 50's , han empezado a perder la propensión al cáncer de estómago y a adquirir la del que predomina entre los norteamericanos, que es el cáncer de colon, desde luego es gracias a los hábitos alimenticios que modificaron en especial la alta ingesta de grasas. Las mujeres por su parte, se han vuelto propensas al cáncer de seno, aunque el riesgo sigue siendo menor en las mujeres japonesas que en las mujeres norteamericanas quienes tienen el más alto del mundo. Esto puede ser consecuencia del hábito alimenticio antes mencionado el cual es un factor de riesgo para desarrollar cáncer.

En México particularmente, un intento serio de registro de tumores, es el que llevó a cabo la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A), en 1982: el registro Nacional de Cáncer que abarca de 1982 a 1988 e incluye los reportes de instituciones de salud tanto públicas como privadas. En este estudio se refiere la frecuencia de todos y cada uno de los tipos de cáncer en el D.F, encontrándose que de cerviz es el que ocupa el primer lugar con un 18.6% seguido por el cáncer de mama con un 10.8 % (Ver anexo cuadro 1).

Se observa además que la mortalidad a nivel nacional, es mayor en las mujeres que en los varones con éstos mismos tipos de cáncer, que ocupaba los 2 primeros lugares con

una tasa de 9.5 y 4.8 respectivamente (ver anexo cuadro 2). Sin embargo, la mayor incidencia de mortalidad al menos en el D.F, la tenía el cáncer de mama de la mujer con una tasa de 7.5 del total de muertes ocasionadas por cáncer en dicha entidad (ver anexo cuadro 3). Es evidente que los estudios epidemiológicos pueden darnos los datos necesarios para crear estrategias preventivas. Por ejemplo gracias a dichos estudios se ha permitido conocer que algunos tipos de cáncer, como el de mama son enfermedades que cobra vidas minuto a minuto en gran parte debidas a factores ambientales y no genéticos, lo cual resulta importante ya que la gente puede prevenir la enfermedad si evita tener contacto con los factores de riesgo.

### 1.3 Etiología.

De las enfermedades oncológicas aún no se conocen a ciencia cierta las causas a pesar de que han llevado a mucha gente a investigar la génesis del cáncer desde épocas remotas; uno de los primeros investigadores y mas importantes por sus aportaciones es Hipócrates ya que se le considera el autor de los términos “cáncer y sarcoma” que son los que se utilizan para referirse a este mas hasta la fecha. En sus observaciones de algunos tumores, este médico encontró semejanza entre los mismos y la carne de pescado por lo que propuso denominarlos tumores cancerosos o sarcomas y, para aquellos tumores que por su distribución y forma semejan el despliegue de las patas de un cangrejo, sugirió el nombre de cancerosos.

Al principio de los estudios del origen del cáncer, surgieron 2 teorías: la teoría clonal y la teoría del campo. La primera se refiere a que el cáncer nace de una sola célula desviada, y la segunda, a que se origina de un campo de células afectadas simultáneamente. (Robbins, citado en Pimentel 1995).

Posteriormente surgieron otras teorías. Algunas plantearon que el cáncer tiene su génesis desde el desarrollo fetal, cuando hay malformaciones congénitas por irritación de la célula (con agentes químicos y físicos) por mutaciones de la célula o incluso cuando hay proceso inflamatorio crónico, sin embargo, éstas han carecido de comprobación científica.

Existen otras teorías que por sus bases se han mantenido vigentes y ahora constituyen los principios de las concepciones contemporáneas acerca del origen del cáncer, estas son:

a) Teoría vírico genética o de los oncógenos. Se basa en la premisa de que los virus como causantes de diversas enfermedades lo pueden ser también del cáncer; cuando se integran al genoma de la célula dan lugar a transformaciones neoplásicas.

b) Teoría de los carcinógenos químicos. Se refiere a que diversos productos químicos son agentes carcinógenos cuando tienen una conversión metabólica o “activación” como la llama Paterson (1982) citado en Levenson (1986) y su efecto es blastógeno

Puede haber carcinógenos químicos tanto endógenos, cuando son producidos por el propio organismo como resultado de anomalías en sus procesos y, exógenos que son aquellas sustancias externas que irritan al organismo. (Robbins, citado en Pimentel 1995). De hecho en la Conferencia Mundial de Cáncer, llevada a cabo entre el 13 y 17 de julio de 1997 en Canadá se trató el tema de que existe una relación directa entre el modo como estamos envenenando la tierra y el desenfrenado aumento de cánceres de todo tipo y que productos químicos tan venenosos como el cloro, son metabolizados por nuestros cuerpos como estrógenos cancerígenos y se introducen en nuestra cotidianeidad en la forma de bloqueadores, botellas plásticas, agua “potable”, y disolventes y pesticidas como el endosulfán, entre otros. (Santa Cruz y Lizarde :1997)

c) Teoría polietiológica y carcinógenos diversos. En estas se habla de que las enfermedades oncológicas pueden ser provocadas por diversos factores físicos, químicos y biológicos y dependiendo de las condiciones en que se encuentra el organismo (Pérez citado en Levenson 1986).

De esta forma, se puede decir que la carcinogénesis ocurre a nivel celular individualmente o dentro de un campo de células inquietas afectadas simultáneamente por influencias carcinógenas tanto ambientales como genéticas o de ambos tipos. Pero la

medicina aún tiene muchas lagunas en cuanto al origen del cáncer y sus causas; de hecho los investigadores del cáncer han asignado poca importancia a los factores psicológicos, y si se toma en cuenta la idea de que la mente puede influir sobre el bienestar del cuerpo, entonces tendrían que considerar más a este factor y no sólo tomar atención a las respuestas que emite un microscopio, sino las que emite cada persona que padece cáncer, las relaciones interpersonales que mantiene; tal vez si se presta mas atención al factor psicosocial (estrés de las personas, actitudes hacia la enfermedad), se encuentre la respuesta que es tan buscada, es decir cuál es el origen del cáncer.

Pese a lo antes mencionado el problema existe y requiere de una atención médica en primera instancia, por lo que su tratamiento se ha tenido que basar entonces en los síntomas que presenta y las características generales y particulares de la enfermedad.

#### 1.4 Tipos principales o más comunes de cáncer.

Aproximadamente 270 neoplasias<sup>1</sup> han sido reconocidas, es por ello que los tumores son síntoma más representativo de la enfermedad oncológica, y por eso generalmente se habla en base a la clasificación de los mismos, esto hace que en ocasiones se deje de lado la serie de trastornos del organismo característicos de la enfermedad, además de que hay padecimientos oncológicos en los que no hay tumor como por ejemplo, las leucemias.

La gran diversidad de las neoplasias requiere de una clasificación precisa y única. Desde el siglo II D.C; Claudio Galeno, médico griego, retomó el estudio de Hipócrates sobre los tumores y los dividió en tres categorías:

Primera, los tumores que van “de acuerdo con” lo natural, como el abultamiento de los senos en la pubertad, del útero durante el embarazo, etc.

Segunda, los tumores que van “más allá” de lo natural; éstos son los callos óseos después de una fractura o los pequeños quistes de grasa (llamados lipomas) y por último,

---

<sup>1</sup> Proliferación celular constituyente de un tumor

Tercera, los tumores que van “contra” lo natural ; que a su vez los subdividía en benignos y malignos siendo éstos últimos mortales.

Esta clasificación se mantuvo intacta hasta el siglo XIX cuando se intensificaron las investigaciones sobre el tema. Actualmente, la clasificación que se utiliza se basa en los síntomas clínicos y las características histogénicas y morfológicas de la enfermedad y una clasificación de los tumores según el órgano o tejido donde se localiza.

Desde el punto de vista clínico y morfológico, los tumores se dividen en dos grandes grupos: benignos y malignos. Los primeros se caracterizan por su crecimiento lento, tienen gran similitud morfológica con el tejido de origen, está bien delimitado por una cápsula que lo separa de los tejidos circundantes y no los comprime ni a las estructuras anatómicas adyacentes, su crecimiento es limitado y, sobre todo, no amenaza la vida de la persona .

Los tumores malignos en cambio, se caracterizan por una neoplasia mayor, crece rápidamente con infiltración y destrucción de los tejidos circundantes, su crecimiento genera una destrucción local, metastatizada <sup>2</sup>y sobre todo, amenaza la vida de la persona.

Algunas enfermedades pseudotumorales tienen tendencia a la malignidad, o sea, a la degeneración en una u otra neoplasia maligna o cáncer. El término cáncer se utiliza para designar los tumores malignos de origen epitelial<sup>3</sup>.

Santos y Villanueva (1986) explican que la mayoría de los cánceres malignos pueden clasificarse en tres grandes grupos:

Carcinoma: se originan en los epitelios, capas de células que recubren la superficie del

---

<sup>2</sup> Extirpación quirúrgica de la glándula mamaria

<sup>3</sup> Tejido formado por células en contacto mutuo, prismáticas, cúbicas, fusiformes o algo aplanadas, que constituyen la epidermis , la capa externa de las mucosas y la porción secretora de las glándulas y forma parte de los órganos de los sentidos.

cuerpo y tapiza las diferentes glándulas.

Sarcomas: se originan en las estructuras de sostén, como el tejido fibroso y los vasos sanguíneos.

Leucemias o los linfomas: se originan en las células hematopoyéticas de la médula ósea y de las linfáticas.

### 1.5 Medios para el diagnóstico

El diagnóstico precoz es una condición importante para el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad y sobre todo, en la oncología, pues es más probable la cura de un tumor maligno en sus primeras fases que si es en un estadio avanzado que ya es casi imposible; se considera que es más probable curar un cáncer precoz que cuando se encuentra ya avanzado; la desventaja es que en algunos casos su desarrollo primero cursa asintomático y es diagnosticable sólo bajo el microscopio. (Pimentel 1995)

Para diagnosticar se debe considerar in primer instancia la anamnesis<sup>4</sup>, que es de suma importancia por los datos históricos personales que arroja sobre el paciente; en seguida está la inspección que se hace de la zona afectada para determinar el órgano donde se origina la neoplasia. En los pacientes oncológicos hay que reconocer siempre el hígado y los huesos porque son los principales órganos a donde metastatizan (sobre todo en el cáncer de pulmón, próstata y mama).

Otros medios para el diagnóstico que reconocen la etapa de desarrollo en la que se encuentra el cáncer, son los estudios de laboratorio, citológico y endoscopio; incluyen rayos X, termografía y ultrasonido entre otros. Un método bastante eficaz es la biopsia<sup>5</sup>, con la que se hace un análisis histológico del tumor.

La formulación precisa del diagnóstico permite hacer un pronóstico correcto sobre

---

<sup>4</sup> Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo, anteriores a la enfermedad.

<sup>5</sup> Examen histológico que se hace de un trozo de tejido formado de un ser vivo, generalmente para completar un diagnóstico.

el curso del paciente y elegir con mayor certeza el tratamiento; y desde luego prevenir con ello que el problema avance, combatirlo y así prevenir hasta la muerte. No hay que dejar de lado que el paciente puede tener la oportunidad de mejorar la calidad de vida si es necesario para combatir a este mal.

## 1.6 Tratamientos.

El tratamiento para todo tipo de cáncer ha sido desde siempre una preocupación de la humanidad, que va desde infusiones de distintas hierbas y raíces hasta evitar las intranquilidades de la persona, en otras palabras, que la persona tenga una buena calidad de vida, exenta principalmente de estrés.

Según la Unión Internacional Contra el Cáncer, (UICC 1978) son tres las formas de tratamiento que se utilizan: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia que incluye el tratamiento hormonal con finalidad curativa. Estas formas de tratamiento se utilizan por separado o en combinación según sea el caso (estadio del cáncer, pronóstico, etc.) y su éxito depende en mucho del momento en que éste fue detectado y atacado, evidentemente un diagnóstico temprano ofrece un mejor pronóstico y tratamiento.

Es importante decir que tratamientos existen pero es aún más importante conocer en qué consisten :

Cirugía; es el tratamiento mas antiguo y consiste en hacer la resección del órgano afectado dentro de los límites de los tejidos sanos.

Radioterapia; utilizada a fines del siglo antepasado. Consiste en el uso terapéutico de radiaciones ionizantes dirigidas sobre el tumor con el fin de reducir su tamaño; este tratamiento es bastante efectivo cuando no es posible la cirugía o se combina con esta antes y/o después de la misma.

Quimioterapia; a escasos 40 años de su uso como tratamiento, ha resultado ser bastante efectiva. Se hacen preparados medicamentosos antitumorales que al entrar al

organismo por vía sanguínea pueden actuar sobre todos los focos de la afección maligna y no sólo local como los anteriores.

Tratamiento hormonal; aunque se considera dentro de la quimioterapia se diferencia porque se uso es principalmente para el tratamiento de tumores hormodependientes como el cáncer de mama, próstata y cuello uterino.

Inmunoterapia; aún en fase experimental, supone que diversos factores inmunológicos pueden influir en una regresión o reducción de los tumores igual que influyen en su crecimiento.

Como ya se mencionó anteriormente algunos tipos de cáncer son curables si se detectan a tiempo, y el cáncer de mama es uno de ellos. Es por ello que se pretende ver cómo influyen las actitudes que tienen las mujeres hacia la enfermedad y mas aún la intención que tengan para realizar conductas que le permitan prevenir el desarrollo de cáncer mamario.

A continuación se desarrollarán los puntos más importantes del cáncer de mama como su etiología, su definición, entre otras cosas, con la finalidad de entender qué trae consigo esta enfermedad.

## **CAPITULO 2.**

### **CÁNCER DE MAMA.**

#### 2.1 Cáncer de mama.

Hablar de cáncer es siempre una situación seria, y para una mujer resulta aterradora la idea de padecer cáncer de mama, no sólo por el hecho de padecerlo, sino que inmediatamente asocia dicha situación a una mutilación –parcial o total- de la glándula mamaria y en ocasiones a la idea de muerte.

Aunque algunas mujeres prefieren vivir sin un miembro de su cuerpo a no vivir, la realidad es que los senos tienen una importancia significativa para todas las mujeres, no sólo por el hecho de que cumplen una función importante como la de amamantar, sino también porque cumplen una función esencial para el ejercicio de la sexualidad, y desde luego con la imagen corporal; de ahí que una gran parte de las mujeres se rehúsen a perder una o ambas glándulas.

Lo más importante, es que este tipo de cáncer, como muchos otros, es curable si se detecta a tiempo; sin embargo, las estadísticas, marcan una tendencia de aumento en los casos de cáncer de mama, lo cual resulta alarmante, y muchos de los casos tiene como causa el hecho de que no se detectan a tiempo, gracias a que las mujeres no poseen información acerca del problema y de la forma de prevenirlo. Es por ello que se debe intervenir para combatir esa situación, proporcionando información para que no continúe creciendo el número de casos de cáncer de mama en mujeres; desde luego una vez teniendo la información necesaria e identificando alguna sospecha del padecimiento, es importante que puedan recurrir a los sitios donde se puede ofrecer un adecuado tratamiento y lograr su curación completa.

## 2.2 Definición.

El cáncer de mama se define como la enfermedad en la cual se desarrollan células cancerosas en los tejidos de la mama.

## 2.3 Anatomía de la mama.

En el ser humano, específicamente en la mujer, el desarrollo de las mamas se inicia en la pubertad, continua durante la adolescencia y alcanza su máximo desarrollo cuando el crecimiento corporal termina. Los cambios normales que manifiestan son un aumento de volumen y la salida de secreción de calostro y leche materna por el pezón durante el embarazo y la lactancia. Cabe señalar que antes de menstruar algunas mujeres experimentan una sensación de dolor, aumento de volumen y, en ocasiones la presencia de nódulos en los senos (Langer y Tolbert 1996:328). Desde luego esto no es mas que un cambio hormonal que altera a las glándulas mamarias, de hecho no en todas las mujeres se presenta estas alteraciones.

La glándula mamaria humana es un órgano porque se encuentra en la cara anterior del tórax, su topografía varía dependiendo de la edad, estado fisiológico y de la cantidad de grasa que contenga; sin embargo, en términos generales, está limitada hacia arriba por la clavícula, hacia abajo hasta el séptimo espacio intercostal, por dentro por la línea media y hacia fuera por el músculo dorsal ancho. Profundamente está limitada por la aponeurosis del músculo pectoral mayor, posee una prolongación axilar llamada cola de Spence que llega a la axila, penetrando por la aponeurosis axilar (Torres 1999:79).

Particularmente en la mujer, la mama tiene forma cónica protuberante distintiva y singular – se considera inclusive diferenciador entre el sexo femenino y el masculino-, es notorio sobre todo en las mujeres jóvenes y sin hijos. Conforme la edad aumenta, las mamas suelen aplanarse un poco y tornarse péndulas y menos firmes. Frecuentemente hay una pequeña diferencia en el tamaño de ambas mamas, pero esto es normal; en general la

dimensión depende proporcionalmente de la constitución de la mujer (Hagensen citado en Pimentel 1995:32).

Internamente, la mama o seno está formado por cuatro tipos de tejido: glandular, fibroso y graso y de los conductos, cada uno con diferentes funciones pero relacionados entre sí para cumplir la función total del mismo como glándula. Fisiológicamente, su función principal es la de producir y secretar leche durante y después del embarazo (Cope 1978:31).

Como toda glándula, la mama cuenta con las células linfoides, parte importante del sistema inmunológico del cuerpo; estas células se encuentran principalmente en los ganglios linfáticos cuya función es la de ser un cedazo que al fluir la linfa a través de ellos, filtra bacterias y desechos quedando atrapados en los vasos linfáticos, entre ellos, las células cancerosas, que se nutren de ellos formando colonias de las cuales las células pueden ser arrastrados por la corriente sanguínea hasta órganos distantes como los pulmones, hígado, huesos y cerebro (Cope 1978:33).

#### 2.4 Epidemiología.

La epidemiología del cáncer de mama ha sido objeto de investigaciones desde fines de la década de los 30 y el interés durante los sesentas, pero si bien es cierto que lo que se pretende es encontrar todos los factores geográficos, sociales, etc., que condicionen la aparición y evolución de dicha enfermedad, esto no se ha podido hacer, gracias a que no en todas partes del mundo se han realizado investigaciones al respecto.

Los estudios epidemiológicos acerca de los distintos tipos de cánceres que afectan a la mujeres se han realizado principalmente en los Estados Unidos y en diversos países europeos. Los resultados de las investigaciones realizadas en los países industrializados se han extrapolado a los países en desarrollo bajo el supuesto de que los factores de riesgo que determinan la incidencia de cáncer son semejantes en unos y otros.

En México, se iniciaron en fecha reciente varias investigaciones de este tipo cuyo objetivo primordial es evaluar la relación que guardan algunos alimentos y nutrimentos de la dieta mexicana con el desarrollo de cáncer cervico-uterino y mamario ( Langer y Tolbert 1996:334)

En la actualidad también se realiza un estudio en hospitales públicos del sector salud y en hospitales privados de la capital del país, con mil controles y 500 mujeres a quienes se ha diagnosticado cáncer mamario. Esta investigación tiene por objeto evaluar si el elevado consumo de bebidas alcohólicas y grasas saturadas – como la manteca de origen animal-, han mostrado ser un factor de riesgo para el cáncer de mama, de recto y de colon. (Langer y Tolbert 1996:335).

Los resultados que se mostraron coinciden con los resultados de otras investigaciones con respecto a los factores de riesgo; en cuanto a la dieta, la probabilidad de desarrollar cáncer mamario fue 2.6 veces mayor en las mujeres que comen más grasas tanto de origen vegetal como de origen animal. Por su parte el consumo de alcohol y tabaco, aunque fuera esporádico, también incrementó el riesgo de padecer este tumor (Langer y Tolbert 1996:336).

Las disciplinas que han abordado los estudios epidemiológicos han sido, tradicionalmente, la psicología y la medicina a través de la medicina psicosomática, pero no se toman en cuenta algunas variables psicosociales que bien pueden tener relación con el inicio, mantenimiento y progresión de la neoplasia. Hasta hace algunos años se comenzó a considerar esto pero aún existen grandes lagunas al respecto y sólo se observa como una propuesta en donde la meta es encontrar la relación que existe entre variables psicosociales y la enfermedad.

En este sentido se ofrece tomar en consideración 1) el estrés psicosocial, 2) Las emociones de ansiedad, ira, depresión, 3) Dimensiones de personalidad agresividad, neuroticismo, personalidad resistente al estrés, 4) Apoyo social y afectivo 5) Estilo de afrontamiento represivo y evitativo (Centrada y cols citado en Cardenal y Oñoro 2000:3).

Lamentablemente la incidencia de cáncer de mama sigue aumentando y los esfuerzos considerados anteriormente no han servido para evitar esto. Tan sólo el cáncer de mama y el cervico-uterino son responsables de una cuarta parte de la defunciones por cáncer en las mujeres en todo el mundo (Florez 1994:3). The American Cancer Society registraba 106,900 casos nuevos y 35000 muertes en 1979, para 1983 calculaba 114.000 casos nuevos y 37,000 muertes (Álvarez y Alvarado1987:1)

En España este tipo de patología afecta a 2500 de cada 100.000 mujeres, produciéndose una mortalidad del 40% de las afectadas. Además la incidencia, tanto de tumores malignos como benignos aumenta en España a razón de un 2 % cada año. (Florez 1994:4).

Sólo 0.09 % de cánceres de mama se presenta antes de los 20 años, 1.8 % antes de los 30, mientras que 75 % aparece después de los 40 años de edad, y su frecuencia máxima se halla entre 45 y 59 años de edad (Florez 1994).

El cáncer de mama es el tumor más frecuente de la mujer occidental, y se estima que en 1990 se diagnosticaron unos 140,000 nuevos casos en los Estados Unidos provocando la muerte de una mujer y cobrando tres nuevas víctimas cada 15 minutos.

Su alta frecuencia es notoria en los países industrializados, es mayor en caucásicos que en la raza negra y es menor en adventistas, mormones, indios de Alaska, esquimales, indios americanos, japoneses, mexicoestadounidenses y residentes en Hawai.

Las mujeres judías, tienen cifras más altas que la media de frecuencia, y en la clase socioeconómica alta son más afectadas por el cáncer de mama que las mujeres de clase baja.

Como puede observarse la frecuencia más alta de cáncer de mama se observa actualmente en los Estados unidos y en los países nórdicos europeos; hay cifras intermedias de frecuencia en las naciones del sur de Europa, México y América del sur; las más bajas

están en Asia y África. Sin embargo la frecuencia de cáncer de mama ha presentado un gran incremento en los últimos años, en muchos países de Asia, Europa central, centro y Sudamérica incluyendo la República Mexicana; dicho aumento en particular en mujeres jóvenes. (Torres 1999:85).

Esto se puede deber, según lo epidemiólogos a los hábitos alimenticios, estilo de vida, desde luego a la raza misma ya que según los factores de riesgo la raza blanca es mas propensa a desarrollar cáncer y en Estados Unidos y Europa central se concentra dicha raza más que en ningún otro lado. Ahora bien el incremento antes mencionado se puede deber a la migración y adopción de otro estilo de vida, de alimentación etc.

En México durante 1987, la tasa de mortalidad por 100. 000 habitantes de 25 años o más fue de 11.9 inmediatamente debajo de la registrada para el cáncer de cuello uterino.

Tres localizaciones principales de cáncer según sexo en el grupo de 20 a 44 años de edad Registro Nacional de Cáncer, 1987 México.

FEMENINO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Cuello uterino	1239	44.1
Mama	499	17.1
Tiroides	156	5.5

Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud

Distribución de casos de cáncer de mama en la ciudad de México 1987

Edad años	Mujeres	Varones	Porcentaje
25 a 29	37	0	2.0
30 a 34	82	2	4.6
35 a 39	162	1	9.0
40 a 44	218	2	12.2
45 a 49	200	5	11.3
50 a 54	189	2	10.6
55 a 59	154	1	8.6
60 a 64	162	0	9.0

65 a 69	116	3	6.6
70 a 69	191	3	10.7
70 o mas	261	2	14.5

Fuente: Registro Nacional del Cáncer. Dirección General de Epidemiología, SSA, México, 1987.

Como se puede observar de las neoplasias malignas femeninas el cáncer de mama, en México ocupa el segundo lugar como causa de muerte; esto se observó también durante el trienio (1993-1995) con un 10.8% de casos (Sánchez 2000:68).

El INEGI reporta que en 1993 fallecieron 2,718 mujeres por esta enfermedad y se incrementó la cifra en casi un 16 % para el 97, año en que murieron 3.220 mujeres. “En 98 se registraron 9300 casos y murieron 3.500 mujeres, lo cual significa 9.5 muertes por día por este padecimiento. Actualmente cada 2 horas 40 minutos muere una mujer por esta enfermedad, es decir, 10 muertes al día 45% de los casos representaron a mujeres de 45 años.

El registro Histopatológico de Neoplasias en México reporta que de 1993 a 1996 se registraron 29. 084 nuevos casos por esta enfermedad. Esta información es el resultado de la regionalización del país en 4 zonas en las cuales el mayor número de casos se presentaron de la siguiente manera: en el Área Metropolitana de Distrito Federal se reportaron 10.721, en la zona norte 9.295 en la zona centro 4.953 y en la zona sur 4.115 nuevos casos (Sánchez 2000:68).

Ahora bien si hacemos caso a los datos y a las investigaciones que se han llevado a cabo, entonces, se puede ver que no es casualidad que en algunas partes del mundo la incidencia de cáncer de mama sea menor que en otras; esto se debe a que los hábitos de vida de las mujeres de cada país son distintos, como por ejemplo la alimentación. Lo que si debe ser importante es conocer los factores de riesgo para la aparición del cáncer para tener una idea de la posibilidad que tiene cada mujer de desarrollarlo y si los factores de riesgo son muchos, entonces llevar a cabo una revisión propia y de un médico para prevenir su desarrollo y también la muerte.

### FACTORES DE RIESGO

EDAD	MAYOR DE 35 AÑOS
HISTORIA FAMILIAR	PRESENTE
NULIPARIDAD	PRESENTE
EDAD EN QUE OCURRE EL PRIMER EMBARAZO	DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS.
RAZA	BLANCA
ANTECEDENTES DE PADECIMIENTOS MAMARIOS BENIGNOS.	PRESENTE
EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN	ANTES DE LOS 12 AÑOS.
EDAD DE LA MENOPAUSIA	MAYOR DE 45 AÑOS.
USO DE MEDICAMENTOS (ESTRÓGENOS)	ALTAS DOSIS.
DIABETES Y OBESIDAD	PRESENTE.
HÁBITOS DIETÉTICOS (INGESTIÓN DE GRASAS SATURADAS, TABAQUISMO Y ALCOHOL).	PRESENTE.

#### 2.5 Patologías más comunes.

Los problemas más comunes que afectan a los senos o mamas, son las alteraciones

fibroquísticas que consisten en una exageración de los cambios que se dan en el seno cada ciclo menstrual durante la fase activa de la vida ovárica menstrual, es por eso que disminuyen con la menopausia. Estos trastornos se pueden manifestar de diferentes formas según sea el tejido que más reaccione al estímulo, que puede ser el fibroso, el glandular o el de los conductos, y en la mayoría de los casos se remedian con el embarazo, la menopausia o incluso con la disminución de la tensión provocada por una vida agitada (Cope1978: 36).

Los trastornos fibroquísticos pueden alterarse cuando el ciclo mensual se vuelve irregular, particularmente si el intervalo se prolonga. Si la ovulación no se presenta, el fluido puede acumularse y formar quistes o rellenarlos. La preparación normal para la preñez y la lactancia presenta una sobrecarga funcional que puede dar lugar a endurecimientos y nódulos. El seno, a diferencia del útero, no elimina con rapidez todas las células que adquirió durante el embarazo en la separación de producto con la madre pues tiene que reabsorber las células, en cambio el útero las elimina con la menstruación.

Los nódulos que se forman en los senos pueden deberse a la retención de fluidos ó a la proliferación de células y se les llama quistes; generalmente son pequeños y múltiples, aunque pueden llegar a crecer tanto como una pelota de golf o más y son fácilmente palpables al tacto. Estos quistes son llamados “Hiperplasias” que significa mayor número de células y están sujetos a control hormonal.

Diferentes a éstas, están las neoplasias que significa tejido nuevo y son originadas por un crecimiento desenfrenado de las células. Estas nuevas formaciones celulares pueden ser benignas o malignas; las primeras están constituidas por una cápsula y los problemas que causan sólo se relacionan con la presión que ejercen y la preocupación que genera su naturaleza. Las células malignas desconocen toda barrera e invaden los tejidos mamarios y de otras partes del cuerpo interfiriendo con el funcionamiento de los órganos conforme va creciendo.

Las neoplasias malignas de los senos, de crecimiento desenfrenado, son de dos

tipos: sarcomas y carcinomas. Cada uno de ellos se origina en un tejido diferente y tiene una evolución biológica distinta.

Sarcoma: se caracteriza por ser un crecimiento desenfrenado del tejido fibroso y es típico que se presente en las adolescentes y en las mujeres jóvenes; son raros pero no hay que dejarlos aumentar su tamaño, sin tomar en cuenta que por lo general crecen rápidamente y son invasivos; sus células se difunden tempranamente a todo el cuerpo a través de la corriente sanguínea.

Carcinoma: es el término que se aplica a los tumores malignos originados en tejidos especializados, como los conductos y las glándulas. Es típico que los carcinomas se extiendan en forma desordenada a lo largo de líneas que, con un poco de imaginación, semejan a las patas de un cangrejo. No sólo se extienden localmente sino que, por diversas rutas, viajan en la sangre y en la linfa a lo largo de los nervios hasta invadir otras partes del cuerpo. En contraste con los sarcomas, estos tumores se presentan en personas de edad avanzada (Cope 1978:31).

Existen diversos tipos de carcinoma mamario, entre los tipos principales se encuentran:

- a) Cáncer nodular: es el que se registra con mayor frecuencia; su principal característica es el denominado síntoma de “queso” que es de gran importancia para el diagnóstico diferencial, además de secreción ocasionada por la presión del tumor.
- b) Cáncer infiltrativo: éste se infiltra en los tejidos de la mama provocando bloque en las vías linfáticas, que a su vez provoca además, inflamación y ulceraciones; una parte de la mama o toda la glándula está difusamente densa y la piel tiene aspecto de corteza de naranja o de limón; se distingue por el desarrollo precoz y exuberante de metástasis; existen 2 tipos principales que son el crispeloide o inflamatorio y el infiltrativo edematoso.

- c) Enfermedad de Paget o cáncer del pezón: es la forma menos frecuente, el tumor se localiza debajo del pezón y crece hacia la profundidad de la mama provocando su retracción y alteraciones en la piel.
- d) Cáncer de Ackerman : éste se clasifica en cuatro tipos. En el I, las células crecen lentamente y carecen de poder invasor; el tipo II, el crecimiento es lento pero con poder invasor fuera del tumor original; el tipo III, se concentra en los conductos y nódulos que drenan la mama, se diseminan en toda la glándula y puede invadir a distancia con gran rapidez; en el tipo IV, las células cancerosas del tumor, se diseminan principalmente por vía sanguínea, por lo que invaden el organismo rápidamente (Cope 1978: 36).

## 2.6 Estudios para el diagnóstico.

Presentar una tumoración en el seno estresa a la mujer por lo que es necesario que acuda al médico especialista para que le dé un diagnóstico preciso. Para ello cuenta con todos los estudios que utilizan con los pacientes oncológicos en general, aunque en el caso del cáncer de mama cuenta con formas precisas como son:

- a) El examen clínico; constituido por: anamnesis, que es la historia clínica de la paciente y en la que se consideran los factores de riesgo de padecerlo; inspección, directamente sobre la zona afectada para identificar los síntomas que presenta y la palpación con el fin de identificar la zona en que se ubica y poder precisar sus características y dimensiones.
- b) Mamografía o mastografía: es el estudio radiológico de las mamas, muy preciso, y se usa cuando hay signos clínicos que hagan sospechas de cáncer al presentarse algún nódulo independientemente de la edad. Este estudio es

recomendado como control anual a las mujeres después de los 35 años aproximadamente. Consiste en tomar radiografía de las mamas con una técnica específica y un aparato especialmente diseñado para ello y tiene por objeto obtener las imágenes radiográficas con un mínimo posible de radiación a la glándula.

- c) Citología: al confirmarse la presencia de tumor con la mamografía se realiza el estudio citológico de muestras tomadas directamente de las secreciones de la lesión o del tumor.
- d) Biopsia: que puede ser por punción tomando muestras del tumor o bien la ablación del tumor que es la extirpación del mismo para su estudio.
- e) Ultrasonido o ecografía: es uno de los medios mas recientes que consiste en la obtención de la imagen del órgano empleando la técnica del eco pulsátil.
- f) Autoexamen: es de los más importantes y mas simples pero a la vez el menos usado, por la falta de información a la población en general. Consiste en la inspección que hace la mujer de sus propios senos, para la detección de nódulos.

Este último medio para el diagnóstico es el que se debe realizar como una forma sencilla de prevenir el desarrollo de cáncer y es en este en que se desea intervenir, es decir se pretende que las mujeres lleven a cabo la autoexploración y se piensa que el mejor predictor de esta conducta, es la intención que tiene la mujer hacia realizar dicha conducta, desde luego, intervienen otros factores que determinan la intención, tales como las actitudes que tienen las mujeres hacia la autoexploración, la norma subjetiva, la cual hace referencia a qué tan bien está visto que las mujeres se autoexploren por sus amigos, padres, pareja sexual, etc. Desde luego estas son en función de las creencias que tiene hacia la realización de una conducta determinada y las creencias normativas, es decir las que están socialmente establecidas.

Es importante aclarar que ningún método es infalible por lo que se han de combinar para poder emitir un diagnóstico seguro, y el médico precisará la presencia del cáncer en base al sistema TNM. La UICC introdujo el sistema TNM (T, tumor; N, nódulos o ganglios linfáticos; M, metástasis) para describir la extensión de la enfermedad y publicó una clasificación del cáncer de mama en 1960 (Baum ,1978:14).

La evolución del cáncer mamario, es precisada por los médicos oncólogos en base a la clasificación del Sistema TNM y por estadios que caracterizan el momento de la enfermedad:

#### Estadio I

- Tumor de pequeño tamaño (menos de 2 cm en su diámetro máximo), localizado en el grosor de la mama, sin extenderse al tejido adiposo celular y los tegumentos externos, sin presencia histológica de metástasis.

#### Estadio II

- a) Tumor que sobrepasa los 5 cm. En su diámetro máximo, se extiende de los tejidos de la mama al tejido adiposo celular subcutáneo, con síntomas de adherencia a la piel (síntoma de arrugamiento), pero sin metástasis;
- b) Tumor del mismo tamaño y aspecto, o menor con afección de algunos linfonodos de la primera etapa.

#### Estadio III

- a) Tumor de más de 5 cm en su diámetro máximo, con invasión o ulceración de la piel o extensión en los estratos fasciomusculares subyacentes, sin presencia de metástasis regionales.
- b) Tumor de cualquier tamaño con metástasis en los linfonodos epicales o presencia de metástasis paraesterales.

#### Estadio IV

- Extensión de la afección de la mama, con diseminación de la piel y amplia ulceración. Tumor de cualquier tamaño fijado sólidamente a la pared torácica, con

metástasis en linfonodos regionales o sin ellas. Tumor de la mama con metástasis distantes.

## 2.7 Tratamientos médicos para el cáncer mamario.

Desde siempre se ha luchado contra el cáncer tratando de lograr curar a los pacientes; el cáncer de mama no ha sido la excepción y, hasta la fecha, la cirugía es el primer tratamiento que se da a las pacientes que lo presentan. Al paso del tiempo, ésta cirugía, llamada mastectomía, ha tenido modificaciones en su procedimiento, sin embargo, su objetivo ha sido siempre el mismo: erradicar el cáncer.

Existen otros tratamientos médicos los cuales serán explicados a continuación:

Cirugía ; la cirugía es el primer tratamiento que se ha dado desde la antigüedad, y no fue hasta mediados del siglo XiX con el descubrimiento de la anestesia y el uso de la asepsia que las intervenciones quirúrgicas pudieron ser mejoradas y ofrecen una mayor atención al paciente durante la operación y después de ella (Cope,1978: 40).

Esta cirugía consiste en la extirpación de la mama, llamada mastectomía; su objetivo es el de curar el cáncer al erradicarlo del organismo, a lo largo de los años se fueron modificando las técnicas de la cirugía y con ello se crearon distintos tipos de mastectomía, pero la cirugía menos desfigurante de la mama y menos traumática para la paciente es en la que sólo se hace la escisión local del tumor, se le llama lumpectomía o cuadrantectomía. Esta operación se extirpa solamente el tumor y una pequeña cantidad de tejido que lo rodea, no afecta músculo, piel ni nódulos. Esta cirugía se aplica en el caso de que la enfermedad se encuentre en las fases I y II de desarrollo.

Radioterapia; se empezó a emplear como tratamiento en pacientes con cáncer de mama en los estadios iniciales y como tratamiento paliativo en los cánceres avanzados o cuando no era posible la cirugía; al principio era muy poco el éxito que se lograba pero conforme se

fueron mejorando la técnicas, éste aumentó.

Es recomendable en la mayoría de los casos, combinar cirugía y radiación, la desventaja de la radiación es que destruye el tejido normal adyacente, produce quemaduras y tiene efectos secundarios como alopecia, náuseas, vómito y afecta las vías respiratorias.

Quimioterapia; se refiere al tratamiento a base de medicamentos (sustancias químicas) que son capaces de matar las células cancerosas diseminadas en el torrente sanguíneo y el sistema linfático por el tumor original y que se escapan a la cirugía.

Este tipo de medicamentos casi no se usan como tratamiento primario sino que se prescriben combinados con radioterapia o cirugía; la quimioterapia es un tratamiento muy agresivo para el organismo, precisamente su efectividad depende de su toxicidad por lo que tiene efectos colaterales considerados como desventajas, los más comunes son los problemas gastrointestinales, náusea, vómito y pérdida del apetito; efectos sobre los glóbulos rojos, blancos y plaquetas, en la piel, el vello corporal, en la función respiratoria y cardíaca (Pimentel, 1995: 50).

Hormonoterapia; algunos de los tumores cancerosos de la mama son hormonodependientes, esto es, que su evolución depende de la secreción de hormonas en el organismo; cuando este es el caso, el balance de estrógenos en el cuerpo de la mujer puede ser manipulado ya sea por cirugía o por largas dosis de hormonas las cuales son prescritas como tratamiento adyuvante o si reaparece el cáncer. Las desventajas de este tipo de tratamiento son las consecuencias que acarrea como la alteración hormonal en el organismo de la mujer y sobre todo que en muchas ocasiones se presentan recurrencias del cáncer.

Inmunoterapia; este tratamiento se encuentra aún en fase de experimentación como ya se mencionó en el capítulo anterior.

Se han hecho una serie de investigaciones aplicando este principio pero no se han

logrado obtener conclusiones irrefutables porque se han llevado a cabo con grupos de pacientes muy reducidos y aún no está sustentado en una base científica.

Si bien es cierto que existen distintos tratamientos para curar el cáncer la verdad es que no sólo está en las manos de los especialistas, pues intervienen otros factores como es el estadio en el que se encuentra la enfermedad, cómo reacciona la paciente al tratamiento y su estado emocional.

Lo que es más importante es que se puede combatir a la enfermedad de manera más eficaz si se detecta a tiempo y depende de manera significativa la intervención de cada mujer en lo que respecta a detectar alguna anomalía de sus propios senos, esto se puede llevar a cabo con una simple autoexploración de sus senos como primera fase la cual permitirá detectar algún mal.

Ahora bien resulta alarmante que muchas mujeres no lleven a cabo una autoexploración de sus senos y una de las posibles causas es que no tiene información ( como deben hacerlo, que implica, que pueden prevenir), y desde luego de las actitudes que tienen hacia dicha tarea.

Teniendo en cuenta que la actitud de la mujer es fundamental para poder iniciar este tipo de comportamientos básicos que intervienen en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la mujer, y que la actitud y la conducta tiene cierta relación, en cuanto a que una actitud sirve para predecir de cierta forma la conducta, es necesario conocer las actitudes de la mujer en cuanto a la autoexploración de sus senos como medida preventiva de desarrollar cáncer, y si es necesario informar, educar y cambiar determinadas formas socioculturales de normalización ante el hecho de tocarse ellas mismas, venciendo ciertos tabúes que son responsables de altos índices de mortalidad.

## **CAPITULO 3**

### **ACTITUDES**

#### 3.1 Actitudes.

Las actitudes representan un determinante de primera importancia de la orientación del individuo con respecto a su medio social y físico. Cuando la atención del psicólogo social se dirige hacia la evaluación de objetos, ideas y personas, se entra en el terreno de las actitudes.

Las actitudes implican conocimientos, sentimientos, valoraciones previas hacia una persona, idea u objeto, las cuales pueden o no ser el resultado de experiencias directas con dicha persona, idea u objeto, estas percepciones se forjan en el transcurso del desarrollo de la persona en su constante interrelación con su contexto sociocultural. Las actitudes son consideradas como sistemas duraderos de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos emocionales y tendencias de acción en pro o en contra de objetos sociales.

La actitud en sí misma, no es directamente observable. En palabras de Ajzen (1975) es una variable latente que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud. Si la persona carece de experiencia con el objeto de la actitud, o cuando este no despierta si interés, la fuerza de la asociación objeto-evaluación es inexistente. Más que de una actitud, en este caso es preferible hablar de la inexistencia de la misma.

En el caso de la autoexploración de los senos en mujeres como medida preventiva de desarrollar cáncer mamario debe existir cierta evaluación ya que es un tema relevante o que les incumbe de manera importante porque son las que más padecen éste tipo de cáncer, porque como ya se mencionó , sólo el 1% de los hombres pueden desarrollarlo.

### 3.2 Definición.

Los psicólogos y sociólogos generalmente han entendido las actitudes conforme la definición de Gordon Allport (1935 citado en Salazar, Montero, Muños, Sànches, Santero y Villegas 1979) el cual afirma que “la actitud es un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica de la conducta”. La actitud entonces connota un estado neuropsíquico de disposición para emprender una actividad mental y física; es decir, la presencia de una actitud prepara al individuo para cierta reacción.

Rosenberg y Hovland (1960 citados en James O, 1979) aportan algo nuevo a los componentes afectivos e intelectuales de la actitud. “Las actitudes”, comienzan diciendo, se definen como tendencias a reaccionar de manera particular frente a cierta clase de objetos. Predisposiciones a responder a alguna clase de estímulo con ciertas clases de respuesta.

Secord y Backman (1964 citados en Kaufmann 1977) hablan de cierta regularidad de sentimientos, pensamientos y tendencias de la persona para obrar sobre un aspecto de su ambiente.

W.L. Lambert (1979) Investigador en psicología social definió a la actitud como una manera organizada y lógica de pensar, sentir y reaccionar en relación a situaciones ante personas, grupos de sujetos, objetos, etc; que se presentan en el medio ambiente físico del sujeto.

Theodore Newcomb (1962 citado en Klineberg O, 1963), las actitudes son el estado de disposición del sujeto para despertar motivos, es también una predisposición para comportarse, pensar y sentir de una manera determinada en relación con los diferentes estímulos físicos que se le presentan al sujeto.

Thomas y Znaniecki (1968 citados en Díaz M, 1992), las actitudes son un estado de ánimo que el sujeto adopta hacia un valor social.

Kreck-Crutchfield (1975 citado en Hewstone, 1994), las actitudes son la verdadera disposición del sujeto, mismas que son duraderas y producto de la organización de sus sentimientos, creencias y percepciones del propio sujeto para comportarse de una manera específica.

E.P. Hollander (1976) define a las actitudes como una organización aprendida y relativamente duradera, producto de las creencias acerca de un objeto o situación que predispone a un sujeto a actuar a favor o en contra de los mismos estímulos presentados.

Resulta evidente que el tema de las actitudes ha sido centro de interés para muchos psicólogos sociales, de ahí que a través de los años se ha ido modificando su definición. En alguno de los casos aportan algo nuevo, pero por lo general todas ellas comparten un factor común, que es la idea de que es un fenómeno psicológico propio del sujeto que sirve de base para la orientación del mismo, dentro de su medio ambiente físico y social; lo cual denota una atención hacia la conducta. Así mismo, las definiciones son presentadas como producto de investigaciones, han surgido de abstracciones a partir de las conductas verbales y objetivas presentadas por sujetos ante la presentación de estímulos ya sea físicos o simbólicos o abstractos.

Cabe mencionar que las actitudes son medibles, aunque no es fácil ni directa la forma de hacerlo; a esto alude Kofka(1935, citado en Stoner, 1994), la actitud, también ha sido llamada variable latente o intercurrente, ya que según su definición es la tendencia del sujeto a caer en un marco de referencia mental peculiar, el cual se deriva a partir de las motivaciones que el sujeto recibe aún sin conocer las actividades fisiológicas y bioquímicas que se realizan en el momento, por ello es que determina el concepto de actitud como variable incurrente o latente no observable, y modificable como resultado del aprendizaje.

Por su parte Myers (1991) alude que al hablar de actitudes es referirse a una reacción evaluadora favorable o desfavorable hacia alguien o hacia algo, que expresamos mediante creencias, sentimientos o una conducta que estimamos adecuada.

Sin embargo Murphy y Newcomb (1964 citados en Stoner 1994), explican que es posible observar la conducta abierta, además de registrarla y medirla no es en sí más válida que la conducta verbal, ya que la primera intenta con frecuencia esconder la verdadera actitud que el sujeto tiene, de la misma forma que ocurre con la conducta verbal, ambas conductas se hallan propensas a una modificación. La conducta verbal se modifica cuando se realiza la conducta abierta y viceversa; en otras palabras no siempre es compatible lo que se hace con lo que se dice y lo que se dice con lo que se hace.

Resulta de suma importancia tener presente que esto es el resultado de las presiones sociales, es por ello, que se deben tener en cuenta que al querer hacer una investigación de actitudes no se debe pasar desapercibido el anonimato y el secreto de la información que proporcionen los sujetos de estudio para obtener así una información lo más veraz posible.

Stoner (1994) define el concepto de actitud como una tendencia arraigada, adquirida o aprendida a reaccionar, en pro o en contra de algo o de alguien, se evidencia en forma de conducta y el objeto de la reacción que adquiere por consecuencia un valor positivo o negativo desde el punto de vista del sujeto. La actitud puede ser en gran medida latente, subjetiva, no expresada o puede representar un grado cualquiera entre dos extremos. La actitud puede ser característica de una persona en otros grupos sociales, a la sociedad o al universo, por ello la actitud puede ser social en cuanto a las características dentro de un grupo homogéneo de personas.

Ahora bien para fines de esta investigación se adoptará la siguiente definición: tendencia de conducta (posiblemente implícita) derivada o inferida de elementos personales de índole afectiva e intelectual y de aspectos sociales hacia un objeto social. El supuesto de que si las mujeres adoptan una actitud positiva hacia las revisiones personales y frecuentes del seno, y desde luego sí existe una norma subjetiva positiva, realizarán dicha actividad y por consiguiente se prevendrá el desarrollo de cáncer de mama.

### 3.3 Componentes de las actitudes.

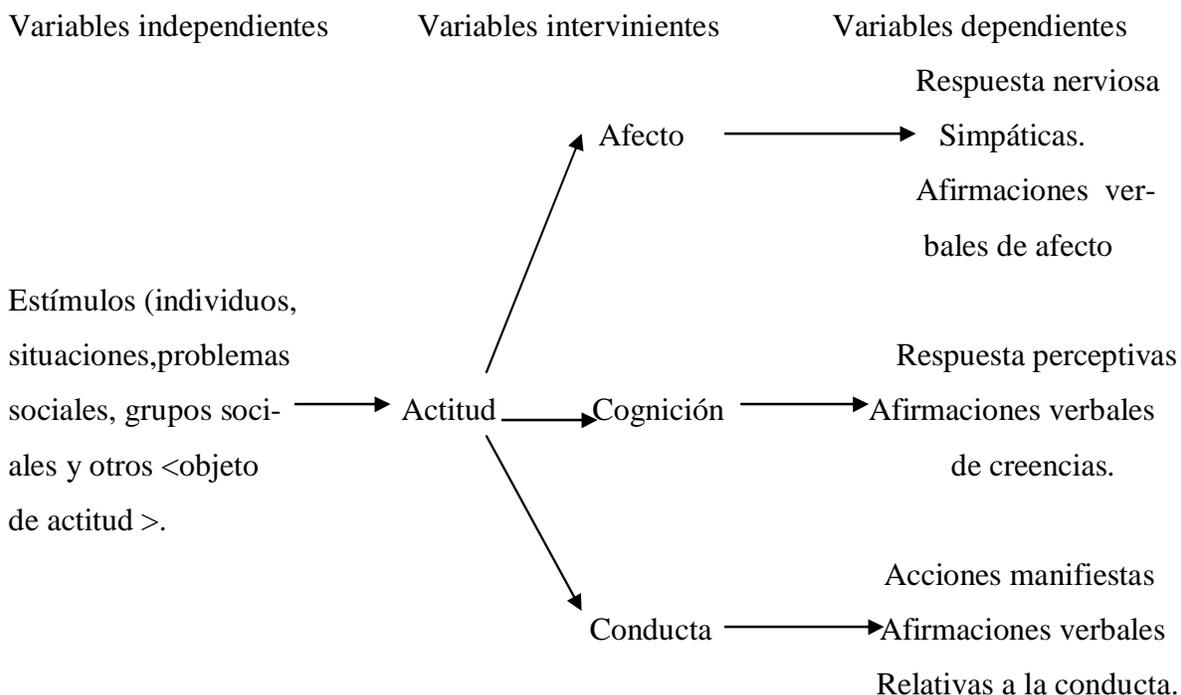
Una vez definido el término actitud se puede observar que es elemental pensar en un modelo, por llamarle de alguna manera, que explique, o mejor dicho que presente que elementos contiene esta misma.

El modelo tradicional sostiene que las actitudes están constituidas por tres elementos básicos: el afectivo, el cognitivo, y el conductivo.

El componente afectivo le conciernen el sentimiento general de agrado y desagrado hacia cualquiera de los estímulos incluidos en el objeto.

El componente cognitivo se refiere a el resultado de la evaluación que un sujeto tiene de un objeto dado; dicha evaluación es concerniente a creencias, opiniones, e ideas acerca del objeto de actitud.

El tercer componente se refiere a las intenciones conductuales o tendencias de acción esperadas. Es aquí en donde se pretende enfatizar la presente investigación se busca que las mujeres tengan la intención de realizarse una autoexploración de sus senos , esperando que hagan dicha acción y así prevenir el cáncer de mama.



Representación gráfica de los tres componentes de la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960 citado en Hewstone, 1994).

Con lo que respecta al tema de la presente investigación, el componente afectivo se determina por la actitud hacia la autoexploración de los senos por parte de las mujeres, el componente cognitivo, las creencias que tiene acerca de la autoexploración y desde luego cómo percibe si está bien o no que lo lleve a cabo por las personas más allegadas a ella o las que están en su entorno (norma subjetiva), y el componente conductual se determina por la intención que tiene de llevar a cabo dicha conducta o realizarla.

En conclusión, se puede asegurar que los componentes de la actitud se manifiestan principalmente a nivel psicológico a partir de la estimulación; estos componentes no permanecen estáticos sino por el contrario están en constante cambio produciendo una selección, categorización e interpretación de la información recibida de acuerdo al placer o displacer que produce la misma lo cual permite al sujeto emitir una respuesta que puede ser incongruente al sentir del mismo, debido principalmente a las presiones sociales en las que se encuentra y las expectativas que el sujeto tiene de ese ambiente, siendo el aprendizaje un factor elemental para que exista una congruencia del fenómeno actitud y la conducta que emite.

### 3.4 Modelos de actitudes.

Tres amplias categorías de modelos de actitudes han recibido atención (citados en Shiffman 1987); el modelo tricomponente de actitudes, los modelos de actitudes de un solo componente y los modelos de actitudes de atributos múltiples. El primero ya fue descrito anteriormente.

Los modelos de actitudes de un solo componente representan la actitud como aquélla que consiste tan sólo en un componente afectivo general (sentimiento) (Petty y

Cacioppo 1981 citado en Hewstone 1994). En este caso, los componentes cognoscitivo y el de conducta son ignorados o desempeñan un papel secundario, mas bien de apoyo. A este tipo de modelo se le denomina unidimensionales porque se centra en un solo componente de la actitud.

Los modelos de actitudes de atributos múltiples han recibido mucha atención de los investigadores. En particular, tres modelos de atributos múltiples (actitudes hacia el objeto, actitud hacia el comportamiento y la teoría de la acción razonada), cada uno propuesto por Fishbein y sus colaboradores, tienden a representar el estado actual de dichos modelos para aplicarse.

### 3.5 Consistencia entre los componentes de la actitud.

En opinión de Katz y Stotland (1959 citados en Kaufmann, 1977) La tendencia hacia la consistencia entre los componentes de la actitud, se da de forma mas vigorosa dentro de los confines de una misma actitud, ya que ella misma trata de que sus componentes sean congruentes entre sí, porque están ligados a un mismo objeto.

Retomando el modelo tricomponente de la actitud, la investigación psicológica (Block 1972) ha demostrado que entre estos tres componentes existe una concordancia que hace que la actitud sea estable y perdure a través del tiempo. De igual manera lo hizo Kothandapani (1971, citado en Hewstone 1994), quien logró demostrar que los tres componentes de la actitud estuvieron altamente correlacionados entre sí, cuando fueron medidas con diferentes clases de escalas. En otras palabras, existe una consistencia entre la información, los sentimientos y la tendencia a responder ante un estímulo.

En la fuerza de la asociación influyen procesos diferentes, si bien lo normal es que no lo hagan los tres con la misma intensidad. Si la persona asocia el objeto con la evaluación por medio de su conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, nos encontramos ante un proceso cognoscitivo. Si la evaluación surge más bien de experiencias intensas de carácter positivo o negativo, con el objeto de la

actitud el proceso es afectivo. Finalmente, es conductual si la evaluación surge de manera gradual de la implicación conductual de la persona con el objeto.

Las respuestas que una persona emite frente al objeto de la actitud son susceptibles de una clasificación triple, según predominen en ellas los elementos de información, creencias, afectivos o de intención de conducta. Sin embargo, a pesar de que estos son diferentes entre sí, todos ellos comparten algo: la disposición evaluativa frente al objeto.

Para caracterizar el componente cognoscitivo se encaminan su diferenciación y su integración. La primera alude al número de creencias que usa una persona al pensar en un objeto actitudinal. La segunda a la consistencia evaluativa de las creencias, es decir, al grado en que comparten su evaluación del objeto de la actitud.

La relación entre el componente cognoscitivo y el afectivo se explica con el supuesto de que la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia. Si una persona cree que el objeto de la actitud facilita la obtención de objetivos importantes, tal creencia debería traducirse en un afecto positivo hacia el objeto y viceversa. Las actitudes no siempre presentan esa consistencia afectivo-cognoscitiva que se le supone.

La razón es que muchos objetos de actitud son ambiguos y la persona sabe perfectamente que, si bien fueron la consecución de ciertos objetivos, impiden la de otros. La consistencia afectiva connativa es el grado en que el afecto actitudinal y la intención conductual coinciden.

### 3.6 Adquisición de las actitudes.

Se dice que una actitud se forma cuando los conocimientos, sentimientos y las tendencias a reaccionar ante un objeto se hallan tan interrelacionados que ciertos sentimientos específicos y tendencias a reaccionar se vuelven asociados de manera lógica con una manera particular de pensar acerca de ciertas personas o sucesos. Desarrollamos

nuestras actitudes en el proceso de tratar de enfrentarnos y ajustarnos a nuestro ambiente social y, una vez desarrolladas, se presentan regularmente a nuestras maneras de reaccionar y facilitan los ajustes sociales.

Los procesos a través de los cuales las actitudes son adquiridas como producto de la influencia de la sociedad y de la cultura sobre los individuos, influencia que comienza por el contacto entre sujetos, interacción de los mismos y en el momento de la crianza dentro del núcleo familiar pueden ser modificados a través de diversos grupos sociales debido al aprendizaje selectivo y un condicionamiento de respuestas ante la presentación de determinados estímulos ya sean físicos o sociales.

Es por ello que Staats (1994,1998) recurre al esquema de condicionamiento clásico para explicar la formación de actitudes ya que ante un estímulo se genera una respuesta en este caso la actitud. Esta es una forma de explicar como los seres humanos vamos adquiriendo una actitud ante un determinado tipo de estímulo y como esta actitud se mantiene por un tiempo perdurable, hasta la nueva recepción de información en relación al estímulo determinado; sin embargo las actitudes pueden volverse inflexibles y estereotipadas como una forma de reaccionar ante el objeto de actitud.

Según Allport (1967, citado en Hewstone 1994), existen cuatro condiciones básicas para la adquisición de toda actitud por el sujeto las cuales son: a) por imitación, b) por un trauma o experiencia dramática, c) por acrecentamiento de la experiencia que se entiende como la integración de varias reacciones concretas de tipo semejante, d) por individualización, diferenciación y segregación de experiencias adicionales, lo que hace que las actitudes se vuelvan más concretas y distintas de otras.

### 3.7 Diferencia entre actitud, creencia y opinión.

Creencias contra actitudes.- La prueba de que la actitud es distinta de las creencias la encuentran los autores en que ejerce un influjo sobre la percepción del objeto y las

respuestas hacia él, que las creencias, por sí solas, no pueden ejercer. La actitud resulta ser un tema o marco cognoscitivo, con un rol organizador de la información y de las respuestas cognoscitivas relativas al objeto de la actitud.

Opinión contra actitudes.- Una definición simple de opinión es que ésta es la expresión verbal de la actitud. Una definición mas compleja es que la opinión es una respuesta verbal a una pregunta acerca de una situación problemática; es una respuesta implícita o contestación que el individuo da a una situación particular de estimulación en la cual se plantea alguna pregunta general.

Las opiniones pueden utilizarse como medio de acceso a las actitudes; por esta razón se han utilizado a veces los términos actitud y opinión de forma intercambiable. Una opinión puede pertenecer no sólo a una única actitud, sino a un complejo actitudinal.

### 3.8 Actitudes v.s conducta.

La razón usual por la cual las actitudes y el comportamiento se ven por separado es que la situación de estimulación para determinar una actitud no es idéntica a la situación de estimulación ante la cual ocurre la acción. La forma usual de medir las actitudes, es a través de una encuesta de opinión.

Existen por lo menos tres elementos que pueden explicar la diferencia entre la situación de medición actitudinal y aquella en la cual ocurre la acción.

. El primero es que la pregunta puede referirse a algo en un nivel de abstracción más alto que el de la situación concreta con la cual se compara la actitud.

. Puede ser la presencia de amenazas o recompensas extrañas en la entrevista o en la situación de acción. Esto ocurre especialmente cuando se temen repercusiones o cuando se ve la entrevista como medio para obtener algo que el entrevistador quiere.

. La congruencia entre las actitudes y el comportamiento puede ser la expectativa general de las personas, que se establece en la situación de la entrevista.

Es por ello que si se pretende cambiar una actitud y con esta la conducta es sumamente importante persuadir constantemente y en condiciones óptimas.

### 3.9 Funciones de las actitudes.

La cuestión funcional de las actitudes-y en especial las raíces motivacionales de estas- han sido estudiadas por ( Katz (1967), Smith, Bruner y White (1959), y McGuire (1969) citados en Kaufmann 1977) en sus teorías funcionales de la actitud.

Funciones defensivas del yo.- consiste en una tendencia de las personas a evitar situaciones, personas, eventos, objetos o fuerzas incompatibles con el yo o la autoimagen, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, tales como grupos minoritarios. Del mismo modo que cualquier persona, las mujeres adquieren y mantienen actitudes hacia las consultas ginecológicas y hacia un autoexamen de mama que las protegen de la amenaza a reconocer sus limitaciones y las proyectan hacia otras mujeres si estas actitudes son amenazadas por sentimientos de desagrado hacia su propia persona.

Función valor-autorealización expresiva.- Katz (1967 citado en Kaufmann 1977)) asumió que las personas tienen necesidades de expresar actitudes que reflejen sus propios valores centrales o componentes del concepto de sí mismo. En otras palabras esta función se refiere a la adquisición y manutención de aquellas actitudes que expresan socialmente los valores que son congruentes con la autoimagen del sujeto. Esta clase de expresión de la actitud se orienta principalmente a la confirmación de la validez del propio concepto de sí y menos a influir en los demás.

Función instrumental, adaptativa o utilitaria.- alude a que las actitudes ayudan a las

personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas, o evitar objetivos no deseados, como el castigo. Por ejemplo si las mujeres tienen una actitud positiva hacia las consultas ginecológicas y al autoexamen de mama y llevan a cabo estas conductas tal vez les ayudará a prevenir el cáncer de mama, por lo tanto obtendrán una actitud utilitaria para obtener un objetivo deseado tal como su salud.

Funciones de conocimiento y economía.- esta función nos indica que las actitudes también desempeñan las funciones de organizar o estructurar un mundo caótico diferente. El hecho de tratar específicamente con cada aspecto de nuestro ambiente (social) probablemente dará como resultado una total sobrecarga de información; es por ello que las actitudes nos permiten categorizar, a lo largo de dimensiones evaluativas establecidas, la información que nos llega como nuevas experiencias, y pueden ayudarnos a simplificar y comprender el complejo mundo en que vivimos.

Por lo tanto es evidente que la principal función de las actitudes es satisfacer las necesidades del sujeto, facilitándose también la adaptación a su medio, la adquisición de una identidad, un status social, económico; eficiencia en el aprendizaje; la profesión a la que se inclina entre otras. Siendo así un eslabón psicológico entre la capacidad del sujeto de sentir, percibir y aprender de su medio social.

### 3.10 Centralidad de la actitud.

Los seres humanos poseen ciertos valores fundamentales que consideran de gran relevancia para su desarrollo personal. Estos valores sirven como una especie de núcleos que aglutinan todas las actitudes que tengan que ver con el concepto de sí mismo. Las actitudes que están estrechamente relacionadas con el autoconcepto y con los valores fundamentales son sobresalientes tienen centralidad.

Debido a este hecho las personas se esfuerzan para lograr un equilibrio en sus actitudes, una actitud está ligada a otra, una sola de ellas no existe en el vacío; si una cambia, se deben producir otras modificaciones compensatorias que restauren el desequilibrio producido por este cambio.

Sin embargo, existen otras actitudes que son periféricas al concepto de sí mismo y a los valores propios fundamentales y que son fácilmente modificables. Mientras menor sea la centralidad de la actitud y el grado de información de experiencias pasadas, mayor es la probabilidad de modificación. Cuando estas variables son altas, los intentos de cambio sólo resultan en rechazo de la información y distorsión de la misma.

### 3.11 Medición de las actitudes.

Las actitudes, como ya se mencionó, no son directamente observables, sino que debemos inferirlas de la conducta, bien sea al observar las respuestas de un individuo ante un objeto social o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales. Resulta más fácil y también más eficaz, basar estos juicios en las declaraciones verbales (escritas u orales) del individuo. Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas aunque es más eficaz y se obtiene mayor precisión valiéndose de escalas y cuestionarios escritos.

La evaluación de las actitudes se ocupa en primer lugar de la declaración de la misma (a favor o en contra de un objeto social). La intensidad o fuerza de la actitud es igualmente importante; esta dimensión alude al hecho de que tan intenso, ligero o ambiguo es el sentir del individuo en lo que respecta al objeto de actitud.

Algunas veces los evaluadores de las actitudes se interesan por la centralidad la cual ya fue explicada anteriormente; la prominencia (el grado en que un individuo destaca una actitud determinada o la notoriedad de la misma); la coherencia (el grado en que varias actitudes y sistemas de actitudes se compaginan y relacionan).

De los diferentes tipos de escalas para la medición de actitudes, las más usuales son:

a)Escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone.

Métodos de juicios comparados Thurstone.

b)Método de calificaciones sumadas Likert.

c)Escalograma Guttman.

d)Diferencial semántico Osgood.

e) distancia social Bogardus.

En la presente investigación se utilizará una escala tipo Likert, la cual ayuda a cubrir los intereses de la misma debido a sus características tanto de confiabilidad como de validez de variables y desde luego a su bajo costo.

Una vez realizada la investigación acerca de las actitudes y dado que lo que se pretende en esta investigación es conocer la intención de las mujeres mayores de 20 años de realizarse una autoexploración de sus senos como medida preventiva de desarrollar cáncer, se encontró la Teoría de la Acción Razonada (TAR), que es la que explica que factores determinan la intención de realizar una conducta específica, y dado que la TAR y ha sido explicada en otros documentos ( Ajzen y Fishbein 1980), en el siguiente capítulo se mencionarán los aspectos más relevantes de la conducta aunado a el problema de investigación del presente documento.

## **CAPITULO 4.**

### **Teoría de la Acción Razonada.**

#### 4.1 Consideraciones generales.

Cómo ya se mencionó la presente investigación, pretende conocer la intención de las mujeres hacia la autoexploración, y si ésta es el mejor predictor de la conducta.

Teniendo en cuenta que la actitud de la mujer es fundamental para poder iniciar este tipo de comportamientos básicos (autoexploración de los senos) que interviene en, la prevención, diagnóstico y tratamiento de la mujer ante en cáncer, se deben de atender a éstas, pero sin dejar de lado aspectos sociales que influyen en la conducta de las mujeres, y una vez identificando estas intervenir para fomentar en la mujer la conducta de autoexploración como medida preventiva de desarrollar cáncer de mama.

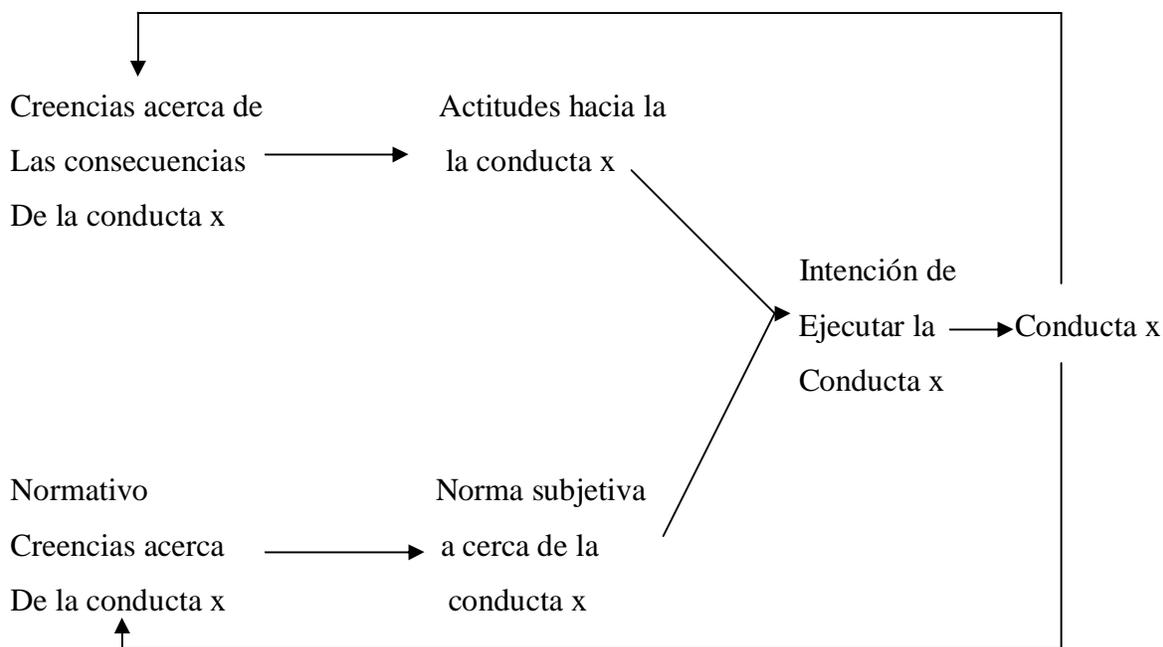
Tratando de dar coherencia a la presente investigación, se encontró dentro de la investigación de actitudes la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), la cual hace hincapié en la importancia de la intenciones sociales en la conformación de la actitud de los sujetos, para lo cual, a continuación se especifican las características más importantes de dicha teoría.

#### 4.2 Teoría de la Acción Razonada.

La teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975 y Fishbein, 1980), es una teoría general de la conducta humana que trata la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conducta; ésta teoría considera aspectos individuales: las actitudes y creencias hacia la conducta en particular (autoexploración de los senos), así como aspectos vinculados con la cultura tales como: norma subjetiva( por ejemplo si está visto por mis

padres, amigos, pareja, etc, que se autoexplora) esto pensando en que existe aún un tabú con respecto a que una persona se autoexplora ya que puede caer en la confusión con una masturbación, y motivación para complacer a esta norma subjetiva ( que tanto se está de acuerdo en complacer a estas personas).

Hablando en términos generales, la teoría asume que las conductas son una función de las intenciones para presentar determinados comportamientos, éstas intenciones están determinadas por las actitudes hacia la realización del comportamiento y normas subjetivas con respecto a él mismo; y esas normas subjetivas y actitudes están determinadas a su vez por creencias conductuales y normativas respectivamente. La TAR se ilustra a continuación:



Presentación esquemática de la estructura conceptual para la predicción de intenciones específicas y conducta (Fishbein y Ajzen 1975).

De acuerdo con la teoría, la conducta se basa finalmente por las propias creencias y el análisis final (cambiar la conducta), se ve principalmente como la función del cambio en las creencias.

#### 4.3. El criterio conductual.

Para hacer uso de la TAR en un área determinada, se tiene que identificar la conducta de interés como primer paso, ya que en ocasiones se confunde una consecuencia de realizar una conducta con la conducta misma (Fishbein y Ajzen 1980:29); por otra parte se tiene que diferenciar entre conductas específicas y categorías de conducta.

Una vez identificada la conducta de interés, es necesario medirla, desde luego, una identificación completa de cualquier conducta requiere tener en consideración los cuatro elementos: acción, meta, contexto y tiempo, lo cual quiere decir que toda acción ocurre con respecto a una meta, en un contexto dado y en un tiempo determinado. Por ejemplo un hombre puede tomar una cerveza en un lugar público y no en su casa o viceversa, la bebe por la noche y no por la mañana y la bebe por satisfacción (Fishbein y Ajzen 1980:34).

En cualquier ámbito, hay diversas conductas que pueden ser consideradas y cada conducta puede requerir una intervención estratégica diferente por ejemplo la prevención de desarrollar cáncer de mama puede ser inferida a partir de dos conductas simples: a) la autoexploración de los senos, y b) asistir a la revisión esporádica de un ginecólogo. Con esto se ve claramente que no es lo mismo intervenir para que una mujer se autoexplore, que para que visite al ginecólogo, porque este último implica otros factores muy notorios en la percepción de lo que es la norma subjetiva, por un lado si no esta visto en una cultura como la mexicana que una mujer se toque a si misma, mucho menos será la idea de que un ginecólogo la toque, de hecho una ginecóloga, ya que por cuestiones de diferencias de género no esta bien visto que una mujer toque a otra porque se puede confundir con una conducta socialmente no aceptada (Matlin 1993:203), es por ello que las mujeres no aceptan ciertas formas de tocarse y explorar sus propios senos es una de ellas.

De manera similar, la información necesaria para aumentar la posibilidad de prevenir el desarrollo de un cáncer mamario dependerá de los conocimientos sobre los peligros a que se expone la mujer, es decir pensar en que puede ser mastectomizada o incluso perder la vida.

Desafortunadamente, el hecho de definir la conducta (o conductas) que se desea crear, mantenerla o cambiarla, no es un paso simple como suele parecer, porque se suele confundir como ya se mencionó con consecuencias de ejecutar una conducta, con metas, o categorías de comportamiento. (Fishbein 1980).

Por ejemplo prevenir el desarrollo de un cáncer mamario no es una conducta, pero es una consecuencia de llevar a cabo una o más conductas como el llevar a cabo una autoexploración de los senos para detectar cualquier anomalía. Por lo tanto si deecemos reducir la tasa de mortalidad por causa del cáncer de mama, debemos identificar la conducta o conductas que conducen a una prevención de desarrollar cáncer de mama y a su vez la muerte, es decir alcanzar esa meta.

Dado que el cáncer de mama puede ser curado si se detecta a tiempo, existe consenso general de que una vía para reducir la muerte a causa de este tipo de cáncer es incrementar la probabilidad de que se realice un autoexamen regular para prevenir el desarrollo de cáncer y consigo la muerte.

#### 4.4 Predecir la conducta a partir de las intenciones.

Una vez que la conducta ha sido identificada, la TAR asume que el mejor predictor simple de esa conducta es la intención correspondiente de la persona para realizar esa conducta. (Fishbein 1980: 41)

La teoría asume entonces que dado que la mayoría de las conductas humanas, socialmente relevante, están bajo control voluntario, el mayor determinante inmediato de

cualquier conducta es la intención por realizar o no esa conducta. Así por ejemplo, si se está intentando predecir si una mujer mayor de 20 años se hará la autoexploración de sus senos como medida preventiva de desarrollar cáncer de mama, el mayor predictor de esa conducta será la intención que tenga hacia realizar la misma.

Existe evidencia que cuando se miden apropiadamente las intenciones correspondientes son predictores confiables de la mayoría de las conductas sociales (Fishbein 1980). Dada esta frecuente relación entre las intenciones conductuales y la conducta en sí, la TAR se preocupa principalmente por identificar los factores que apoyan la formación y cambio de las intenciones.

Aunque las intenciones de alcanzar metas o de entrar en categorías de conducta usualmente no predicen el logro de metas o un desempeño de conductas específico con ninguna certeza, estos tipos de intenciones frecuentemente guían (o influyen) la elección del comportamiento por parte del individuo. La TAR pretende entender las determinantes de las intenciones de alcanzar metas y clasifica las intenciones en categorías conductuales, con el fin de entenderlas.

#### 4.5 Predecir las intenciones a partir de las actitudes y las normas subjetivas.

Debe ser claro que una vez identificando o definida una conducta se debe entender o tomar en cuenta que la intención de realizar esa conducta trae consigo dos vertientes básicas, uno de naturaleza personal y otro que refleja la influencia social (Fishbein 1980: 54).

El factor personal hace referencia a los sentimientos positivos o negativos del individuo con respecto a realizar la conducta en cuestión; este factor se denomina actitud hacia el comportamiento, el cual ya fue explicado en el capítulo anterior. El segundo determinante de la intención, es la percepción de la persona acerca de las presiones sociales que lo conducen a realizar la conducta o no realizar la conducta, a este punto se le

denomina norma subjetiva, en términos generales los individuos intentarán realizar una conducta cuando tengan una actitud positiva hacia realizarla y cuando crean que otras personas importantes para ellos piensan que la deberían realizar. De esta manera, como la intención, la actitud y la norma deben corresponder a la conducta en términos de meta, objeto, contexto y tiempo.

#### 4.6 Complicación

Este es un apartado importante, porque ayuda a explicar por qué han fracasado muchas intervenciones y programas educativos, que pretenden que las mujeres se realicen la autoexploración de sus senos como medida preventiva de desarrollar cáncer de mama. Como ya se mencionó en otro apartado, se han limitado a proporcionar información (Florez 1994), más que directamente en la (a) actitud(es) y/o norma (s) subjetiva (s) que corresponden directamente a las conductas que se desean cambiar. De acuerdo con la TAR, se tiene mayor posibilidad de tener éxito en producir un cambio de una intención dada, si se cambian éstas dos vertientes.

Aunque las actitudes y las normas subjetivas pueden incluir en la formación de cualquier intención dada, la importancia de estos dos factores se espera que varíe de conducta en conducta y de individuo a individuo. Así, para algunos comportamientos (e intenciones) las consideraciones actitudinales pueden ser más importantes que las normativas, mientras que para otros comportamientos las consideraciones normativas pueden predominar.

#### 4.7 implicación

Como ya se indicó anteriormente, si se desea cambiar o reforzar una intención dada, se debe cambiar o reforzar la actitud hacia realizar esa conducta y/o norma subjetiva con respecto a esa conducta. Desde luego esto debe estar en función de la importancia relativa de estos dos componentes como determinantes de la intención.

En el caso de que la autoexploración de los senos de las mujeres este en función o bajo un control actitudinal, será inútil intervenir bajo la norma subjetiva, y si esta conducta está regulada porque creen que las personas importantes para ellas piensan que lo deben realizar, se logrará poco tratando de cambiar sus actitudes hacia la realización de esa conducta.

Desafortunadamente esta clase de consideraciones teóricas rara vez se toman en cuenta al diseñar programas de intervención, el desarrollo y construcción de mensajes y se realizan de manera arbitraria y es por ello que en la presente investigación se consideran estos aspectos suponiendo que ejercen gran influencia en la toma de decisión de llevar a cabo una autoexploración por parte de las mujeres o no.

Aunque la anterior explicación detecta el por qué la gente se comporta como lo hace, una comprensión más completa de las intenciones requiere una explicación de por qué la gente mantiene unas actitudes o normas subjetivas. Como se mencionó anteriormente, la TAR ve el cambio de una conducta como un aspecto relacionado con cambiar las creencias y la estructura cognoscitiva subyacente a esa conducta. De esta forma, algo importante al desarrollar una intervención exitosa consiste en identificar y examinar las creencias normativas y motivacionales, para determinar cuáles actúan directamente sobre la intención particular.

#### 4.8 Actitud y creencias conductuales.

La actitud de una persona para realizar una conducta dada, está en función de sus creencias más importantes que le indican que al realizar la conducta logrará ciertos resultados y, la evaluación personal de esos resultados (Fiasbein y Ajzen 1980:62). Entre más se crea que realizar el acto específico llevará a logros positivos (o prevendrá resultados negativos), más favorable será la actitud de la persona hacia dicha conducta y viceversa. Es importante reconocer que la actitud hacia una conducta está determinada por las

implicaciones evaluativas de la totalidad de las creencias importantes que uno mantiene; las actitudes no están determinadas por una sola creencia.

#### 4.9 Norma subjetiva y creencias conductuales.

La norma subjetiva de una persona, con respecto a una conducta dada es por una parte, una función de las creencias normativas de la persona acerca de la postura que los grupos o individuos importantes de que tan bien esta visto por ellos que se lleve a cabo una conducta determinada, y por otra, de la motivación de la persona para que este de acuerdo con ellos. En términos generales, una persona que cree que la mayoría de los referentes piensan que es correcto llevar a cabo una conducta, la presión social (Norma subjetiva) le hará llevar a cabo dicha conducta y viceversa. Nótese que la teoría indica que la norma subjetiva está determinada por las implicaciones normativas de una serie de creencias normativas importantes, más que la presión social normativa percibida y ejercida por cualquier otro grupo o individuo.

#### 4.10 Implicación.

Con el fin de cambiar o reforzar una intención de conducta, uno debe cambiar o reforzar las creencias normativas importantes y/ o la motivación para actuar de acuerdo al grupo. Es aquí donde se presentan puntos que deben ser considerados en el desarrollo de intervenciones.

Importancia. De la misma manera en que se debe identificar si una conducta en una población, esta bajo control actitudinal o normativo, también se deben identificar las creencias conductuales y normativas que subyacen a la actitud o norma subjetiva. Con esto se quiere decir que para llevar a cabo una intervención efectiva se debe identificar cuales son los referentes que son importantes para la población, estos varían y mas aún si se habla de una población u otra. Por ejemplo, las mujeres de edad avanzada pueden tener una idea

diferente de las consecuencias que implica el autoexplorarse debido a que sus referentes son distintos que el de las mujeres jóvenes.

Seleccionar creencias. Una vez identificados los logros y referentes importantes, se debe decidir cuáles de estas creencias normativas y conductuales serán objetivos en la intervención, como se mencionó anteriormente, esta decisión debe ser guiada por el peso relativo de los componentes actitudinales y normativos.

Determinantes múltiples. Dado que tanto las actitudes como las normas subjetivas están basadas en una serie de creencias, un cambio en cualquier creencia normativa o conductual puede no ser suficiente para producir un cambio de intención. Cambiar una creencia puede impactar otra creencia dependiendo de la dirección de este efecto, el impacto puede facilitar o inhibir el cambio.

Regla de correspondencia. Así como la intención puede corresponder exactamente al comportamiento que se desea predecir, cambiar o entender, otras actitudes, normas subjetivas y creencias conductuales y normativas corresponden a la intención. De esta forma, si se desea cambiar la intención de una mujer hacia la autoexploración de sus senos , se debe cambiar su actitud o norma subjetiva con respecto a la misma conducta, desde luego identificando si la actitud o norma subjetiva predomina.

Dado que en la presente investigación se desea conocer cual es la intención de las mujeres mayores de 20 años hacia la autoexploración de los senos como medida preventiva de desarrollar cáncer , esta teoría ayuda a comprender que factores se deben de considerar.

Planteamiento del problema.

¿ Las creencias hacia la autoexploración de los senos, las creencias hacia la norma subjetiva, las actitudes , la norma subjetiva , la motivación para complacer la norma subjetiva, y la intención, en mujeres de 20 a 30 años de edad hacia la autoexploración de los senos determinan que las ellas se realicen la autoexaminación de los senos?.

### Objetivo general.

Evaluar si la realización de una autoexploración de los senos en mujeres de 20 a 30 años de edad está determinada por la intención, la motivación para complacer la norma subjetiva, la norma subjetiva, las actitudes, las creencias hacia la norma subjetiva y las creencias hacia dicha conducta.

### Objetivos específicos.

1. Construir un instrumento que permita evaluar las creencias, las actitudes, la norma subjetiva, la motivación para complacer esa norma, la intención y la conducta de la realización de la autoexploración de los senos en mujeres.
2. Llevar a cabo la validación de dicho instrumento con un análisis factorial.
3. Evaluar cada una de las escalas en mujeres con distinto tipo de educación.
4. Evaluar cada una de las escalas en mujeres con distinto tipo de religión.
5. Evaluar cada una de las escalas en mujeres con distinta situación de pareja.
6. Comparar la conducta (autoexploración de los senos) en mujeres no universitarias y universitarias, en católicas y no católicas, en mujeres que viven con sus parejas siempre, con las que viven frecuentemente y la que no viven con sus pareja.

### Hipótesis.

Si bien es cierto lo que afirman Fishbein y Ajzen ( 1980) que el mejor predictor de la conducta, es la intención, y que esta está determinada por las actitudes, la norma subjetiva y las creencias, entonces :

a) Ha: Las creencias hacia la autoexploración de los senos es diferente en mujeres universitarias y no universitarias.

b) Ha: Las creencias hacia la autoexploración de los senos es distinta en mujeres católicas y en las de otras religiones.

c) Ha: Las creencias hacia la autoexploración de los senos son diferentes en mujeres que viven siempre con su pareja y las mujeres que nunca viven con su pareja.

d) Ha: Las creencias hacia la autoexploración de los senos son distintas en mujeres que viven siempre con su pareja y las mujeres que frecuentemente viven con su pareja.

e) Ha: Las creencias hacia la norma subjetiva son diferentes en mujeres universitarias y mujeres no universitarias.

f) Ha: Las creencias hacia la norma subjetiva son distintas en mujeres católicas y mujeres de otras religiones.

g) Ha: Las creencias hacia la norma subjetiva son diferentes en mujeres que viven siempre con su pareja y mujeres que nunca viven con su pareja.

h) Ha: Las creencias hacia la norma subjetiva son diferentes en mujeres que viven siempre con su pareja y mujeres que frecuentemente viven con su pareja.

i) Ha: Las actitudes hacia la autoexploración de los senos son distintas en mujeres no universitarias y mujeres universitarias.

j) Ha: Las actitudes hacia la autoexploración de los senos son diferentes en mujeres católicas y mujeres de otras religiones.

k) Ha: Las actitudes hacia la autoexploración de los senos son distintas en mujeres que viven siempre con su pareja y mujeres que nunca viven con su pareja.

l) Ha: Las actitudes hacia la autoexploración de los senos son diferentes en mujeres que viven siempre con su pareja y mujeres que frecuentemente viven con su pareja.

m) Ha: La norma subjetiva es distinta en mujeres universitarias y mujeres no universitarias.

n) Ha: La norma subjetiva es diferente en mujeres católicas con las de otras religiones.

o) Ha: La norma subjetiva es distinta en mujeres que viven siempre con su pareja y mujeres que nunca viven con su pareja.

p) Ha: La norma subjetiva es diferente en mujeres que viven siempre con su pareja y mujeres que frecuentemente viven con su pareja.

q) Ha: La intención de explorarse los senos es diferente en mujeres universitarias y no universitarias.

r) Ha: La intención de explorarse los senos es distintas en mujeres católicas y las de otras religiones.

s) Ha: La intención de explorarse los senos es diferente en mujeres que viven siempre con su pareja y las mujeres que nunca viven con su pareja.

t) Ha: La intención de explorarse los senos es distinta en mujeres que viven siempre con su pareja y las mujeres que frecuentemente viven con su pareja.

u) Ha: La conducta de explorarse los senos es diferente en mujeres universitarias y no universitarias.

v) Ha: La conducta de explorarse los senos es distinta en mujeres católicas y las de otras religiones.

w) Ha: La conducta de explorarse los senos es diferente en mujeres que viven siempre con su pareja y las mujeres que nunca viven con su pareja.

x) Ha: La conducta de explorarse los senos es diferente en mujeres que viven siempre con su pareja y las mujeres que frecuentemente viven con su pareja.

Variable Dependiente:

La autoexploración de los senos.

Variables independientes:

- A) Edad.
- B) Religión.
- C) Tiempo que comparte con su pareja.
- D) Creencias hacia la autoexploración de los senos.
- E) Creencias hacia la norma subjetiva.
- F) Norma subjetiva.
- G) Actitudes hacia la autoexploración de los senos.
- H) Motivación para complacer la norma subjetiva.
- I) Intención.

## **CAPITULO 5. MÈTODO.**

### 5.1 Participantes.

Se eligieron 250 mujeres, 10% de ellas eran estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa y 90% mujeres que asistían al centro de salud TIII. Dr. José Castro Villagrana, Ubicado en calle Carrasco esq. con Coapa sin número Col. Isidro Fabela. El rango de edad fue de 20 a 30 años de edad, a excepción de 4 mujeres de 31 años de edad, 2 de 32, 1 de 17, 1 de 18 años de edad.

Con lo que respecta a la situación de pareja eran distintas cayendo en tres categorías a) vivía siempre con su pareja, b) frecuentemente vivía con su pareja y c) nunca vivía con su pareja. Cuatro fueron las categorías de religión a) Católica, b) Cristiana, c) Metodista y c) Atea.

La muestra fue elegida intencionalmente, el número de participantes fue distribuido en esa proporción por la razón de que según el censo de 2000 sólo el 25% de las mujeres que viven en el Distrito Federal son universitarias es resto esta disperso en un grado menor (primaria, secundaria, preparatoria y/o carrera técnica); el rango de edad fue mayor de 20 y menor de 30 años porque después de los 30 años es cuando se empiezan a detectar alguno de los tipos de cáncer mamario y por lo tanto si se desea prevenir, se debe intervenir antes de que el problema exista.

### 5.2 Instrumento.

Para realizar el instrumento se realizaron 5 mini entrevistas a mujeres con las características de la muestra final para conocer cuales eran los factores que influyen más en la decisión de autoexplorarse los senos con los cuales se formularon reactivos que pudieran medir esos factores.

Se elaboró una escala, la cual estuvo dividida en 8 subescalas tipo Likert, (el rango de respuesta de 7 de estas era de 5 a 1, en donde 5 es totalmente de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 indiferente, 2 en desacuerdo y 1 totalmente en desacuerdo, también se les dio la opción 9 en

donde era no se o no puedo contestar), y en la escala de individualismo- colectivismo el rango de respuesta era de 1 totalmente en desacuerdo 2 3 4 5 6 7 8 9 totalmente en de acuerdo.

El cuestionario contaba con 127 preguntas, 24 sobre creencias actitudinales, 13 de creencias hacia la norma subjetiva, 20 sobre actitudes, 15 norma subjetiva percibida, 14 motivación para complacer la norma subjetiva percibida, 4 intención, 3 conducta y 31 de individualismo-colectivismo. (Ver anexo 4)

### 5.3 Procedimiento.

Para realizar las encuestas a las mujeres no universitarias se pidió un permiso a la directora del centro de salud, el cual fue otorgado. Una vez que se obtuvo el permiso se procedió a aplicar las encuestas, tarea que se llevó a cabo de las 9.00 de la mañana a las 12.00 del día, por ser esa la hora en la que asisten las pacientes, en la universidad fue la misma hora. Se les repartieron las encuestas dando las instrucciones y un lápiz, si las mujeres no sabían leer se les ayudaba para que contestaran la encuesta.

### 5.4 Análisis.

Los datos fueron sometidos a análisis en el paquete estadístico SPSS 10.00 for Windows, se corrieron análisis factoriales para cada una de las escala con rotación varimax para validar las escalas, se corrió la confiabilidad con el alfa de Cronbach, para ver si eran confiables los factores, se corrieron frecuencias para ver como se comportaban los items, se realizaron pruebas t para ver si los reactivos discriminaban (ver anexo 5).

Se llevaron a cabo tablas cruzadas de los datos sociodemográficos para ver como se comportaba la muestra y las características de la misma , también se corrieron ANOVAS para ver si existían diferencias significativas en las actitudes, las creencias actitudinales, las

creencias hacia la norma subjetiva percibida, la norma subjetiva percibida, la motivación para complacer dicha norma, la intención y la conducta , todas ellas con respecto a la autoexploración de los senos en la escolaridad, el estado civil, la religión.

Se hicieron análisis de varianza ANOVA one-way) para detectar posibles variables externas que afectan a la variable dependiente ; se realizaron regresiones con el método stepwise para ver si efectivamente se cumplía el modelo de Fishbein y Ajzen (1980) y si alguna de estas variables tenían impacto directo hacia la conducta.

Una vez realizados todos los análisis de validación y confiabilidad el instrumento final quedó conformado por 60 reactivos, 11 (creencias actitudinales), 6 (creencias hacia la norma subjetiva), 11 (actitudes), 11 (norma subjetiva percibida), 5 (motivación para complacer la norma subjetiva percibida), 4 (intención), 2 (conducta) y 10 de individualismo-colectivismo (Ver anexo 6)

## **CAPITULO 6.**

### **RESULTADOS.**

Una vez realizado el procedimiento mencionado en el capítulo anterior, los resultados obtenidos son los siguientes.

#### 6.1 Descripción sociodemográfica de la muestra.

De las 250 mujeres que se encuestaron, el 15.2% (n= 38) tenía escolaridad de primaria, el 26% (n= 65) secundaria, el 46% ( n= 115) preparatoria y el 12.8 % (n= 32) universidad. El 49.8 % (n= 112) vivía siempre con su pareja, el 9.6 % (n= 24) vivía frecuentemente con su pareja y el 45.2 %(n= 113) nunca vivía con su pareja. El 82.8 % (n= 207) eran de religión católica, el 7.2 %(n= 18) cristiana, el .4 (n= 1) metodista y el 9.6 % (n= 24) declaró no profesar ninguna creencia religiosa particular.

El rango de edad de las mujeres encuestadas era de 20 a 30 años, con excepción de 8 mujeres de ellas, una de las cuales tenía 17 años, otra 18, 4 más 31 y 2 de ellas 32 años.

De un total de 249, 114 fueron de nivel preparatoria, 65 de secundaria, 38 de primaria y 32 de universidad; por lo que se puede observar que a pesar de que el nivel de escolaridad de las mujeres que asisten a servicios de salud pública de primer nivel, como es un centro de salud, no necesariamente es de un grado mínimo o nulo de preparación académica.

112 vivían siempre con su pareja, 112 nunca vivían con su pareja y sólo 24 vivían frecuentemente con su pareja; se nota claramente que las mujeres con las características de la muestra aún conservan principios morales que les impiden vivir frecuentemente con su pareja ya que aproximadamente el 8 % de la muestra vive con su pareja frecuentemente, el resto está dividido en nunca y siempre.

207 de 249 eran de religión católica 18 cristianas 1 metodista y 23 ateas; por lo que es evidente que con lo que arroja la muestra aún predomina el catolicismo.

Por otra parte de las mujeres que tienen primaria, 21 de 38 viven siempre con su pareja, 7 frecuentemente y 10 nunca; las mujeres de secundaria 38 de 65 viven siempre con su pareja, 2 frecuentemente, 25 nunca, las mujeres de preparatoria 50 de 114 viven siempre con su pareja, 14 frecuentemente y 50 nunca; las mujeres universitarias 3 de 32 viven siempre con su pareja, 1 frecuentemente y 113 nunca; con lo que respecta al cruce de nivel de escolaridad con religión, no importa el nivel de escolaridad para que aún así siga siendo católica la mayoría de la muestra 207 de 250 . Por lo tanto lo que se puede observar es que 113 de 249 mujeres con las características de la muestra nunca viven con su pareja, es decir la mayoría, esto se puede deber a que no necesariamente al grado de escolaridad sino a la edad, ya que es un rango de edad en el que las mujeres aún no tienen una pareja estable.

Del total de las mujeres católicas, 96 viven siempre con su pareja, 21 frecuentemente y 89 nunca; del total de las mujeres cristianas 9 viven siempre con su pareja, 3 frecuentemente y 6 nunca; del total de las mujeres ateas 7 viven siempre con su pareja y 17 nunca.

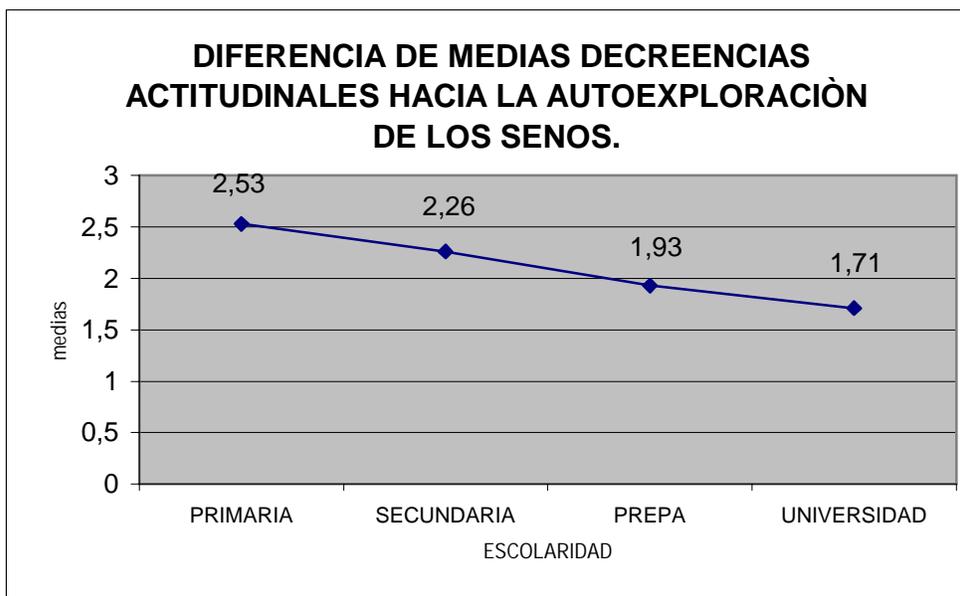
## 6.2. Creencias Actitudinales.

Una vez realizado un análisis factorial, en la escala de creencias actitudinales que constaba de 24 reactivos, se obtuvieron 8 factores, convergió en 27 iteraciones pero el primer valor propio que se obtuvo indicaba que al parecer era una escala unidimensional; se eliminaron todos los reactivos que no cumplían con la característica de factor ( 1. carga factorial mayor a .30; 2. que conceptualmente el reactivo este acorde con el factor; 3. que un factor tenga tres o más reactivos.). Una vez realizada la confiabilidad se eliminaron todos aquellos reactivos que tenían correlaciones menores a .20; quedando así una escala unidimensional con 11 reactivos en un sólo factor con un valor propio de 4.362, el cual explica el 55.935 % de la varianza y tiene una confiabilidad de .8235. (Ver anexo 7)

**CARGA FACTORIAL DE LA ESCALA DE CREENCIAS  
ACTITUDINALES.**

REACTIVO	CARGA FACTORIAL
4.Es doloroso autoexplorarse las mamas	.448
5. Sólo las mujeres con muchos hijos debe explorar sus senos	.659
18.Violaré mis principios religiosos si me examino los pechos	.594
50.Me puedo excitar si examino mis pechos	.524
52.Sólo debe tocarme los senos mi pareja	.638
56.No necesito autoexplorarme los senos para saber que algo anda mal en ellos.	.632
57.Me puedo lastimar si me toco constantemente los senos.	.684
58.Sólo cuando me duelan los senos debo explorarlos.	.739
59. Me daría miedo detectar alguna bolita en mis senos por eso no me exploro los senos.	.646
60.Es suficiente explorar los senos una vez en la vida	.692
61.Hasta que tenga más de 30 años debo explorar mis senos	.617

Existen diferencias significativas en las creencias actitudinales según el grado de escolaridad  $F(3, 246) = 10.840$ , con  $p < .01$ . La media para mujeres de primaria fue de 2.53, la de mujeres de secundaria 2.26, la de mujeres con preparatoria 1.93 y la de universitarias 1.7. A continuación se presenta la gráfica.



Por lo tanto se puede ver que las mujeres a pesar de que todas ellas se encuentran en desacuerdo, las mujeres universitarias son más susceptibles a estar en total desacuerdo con las creencias actitudinales (negativas) hacia la autoexploración de los senos. Se pensó en un principio que esto podría ser a que están más informadas sobre el tema.

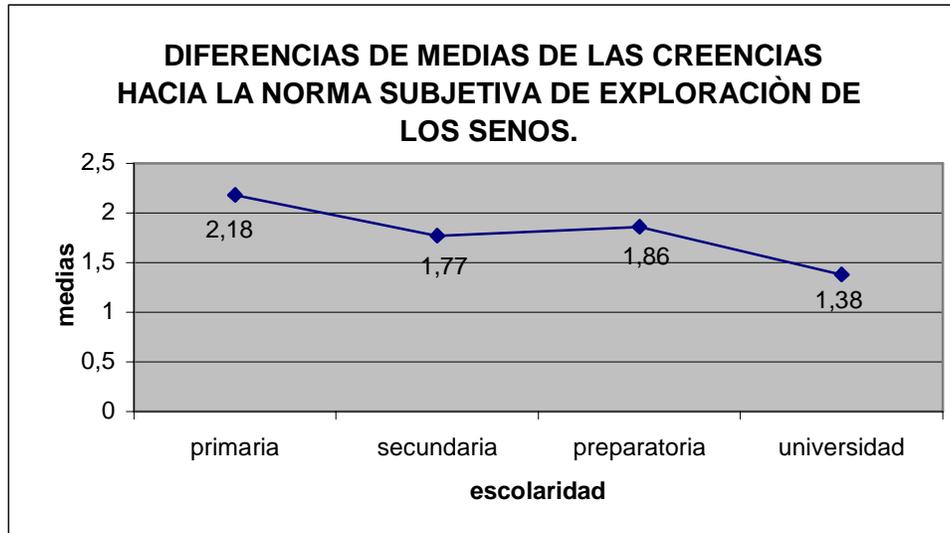
### 6.3 Creencias hacia la norma subjetiva

La escala de creencias hacia la norma subjetiva percibida constaba de 14 reactivos y mediante el análisis factorial, se obtuvieron 4 factores, al converger en 6 iteraciones. Posteriormente se eliminaron los reactivos que no cumplían con los requisitos de factor y al correr la confiabilidad se eliminaron aquellos que tenían correlaciones menor a .20 y se recodificó el reactivo 21 para que todos quedaran en la misma dirección; quedando así una escala con 6 reactivos en un sólo factor, con un valor propio mayor a 1 de 3.196 el cual explica el 53.271 % de la varianza con una confiabilidad de .8164, (ver anexo 8)

#### **CARGA FACTORIAL DE LA ESCALA DE CREENCIAS HACIA LA NORMA SUBJETIVA.**

Reactivos	Carga factorial
21.Mi mamá me apoyaría en la decisión de explorar mis senos	.566
71.Mi pareja pensará mal de mi se me autoexploro los senos.	.792
72.Creo que mi familia piensa que sólo mi pareja debe tocarme.	.767
75.Mi pareja piensa que es el único que debe tocarme los senos.	.743
79.Si me autoexploro los senos puedo tener problemas con mi pareja	.792
88.Mi pareja piensa que si me autoexploro los senos puedo excitarme sola.	.695

También existen diferencias significativas en las creencias hacia la norma subjetiva percibida entre las mujeres de los distintos grados de escolaridad  $F(3, 246) = 5.339$ , con  $p < .01$ . La media para mujeres de primaria fue de 2.18, la de mujeres de secundaria 1.77, la de mujeres con preparatoria 1.86 y la de universitarias 1.38.



Esto significa que las mujeres a pesar de que todas ellas se encuentran en desacuerdo, las mujeres universitarias son más susceptibles a estar en total desacuerdo con las creencias hacia la norma subjetiva percibida negativa hacia la autoexploración de los senos.

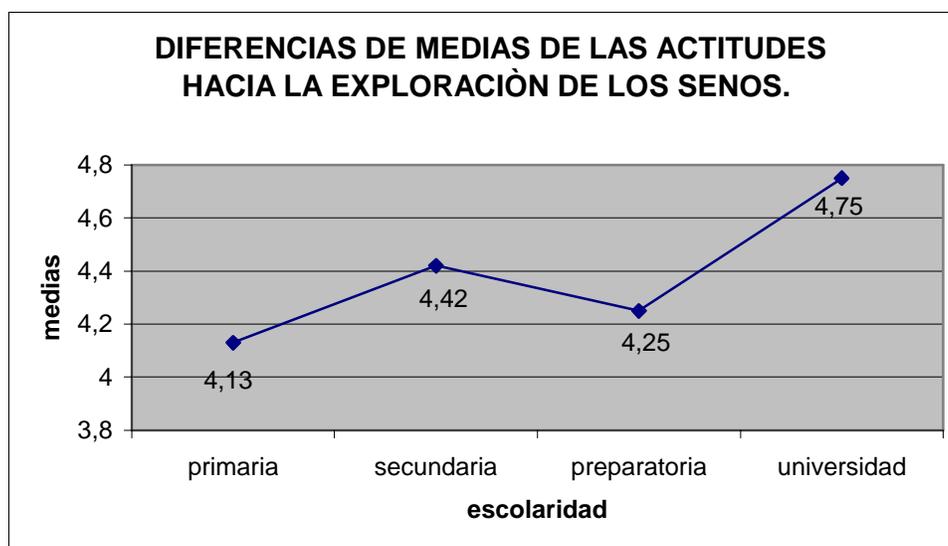
#### 6.4. Actitudes

La escala de actitudes constaba de 20 reactivos, se obtuvieron 7 factores, convergió en 10 iteraciones, pero el primer valor propio indicaba que era unidimensional, se eliminaron los reactivos que no cumplían con los requisitos de factor, al correr la confiabilidad se eliminaron los reactivos que tenían correlaciones menor a .20 y se recodificaron los reactivos 9, 37 y 44 para que todos quedaran en la misma dirección; quedando así una escala con 11 reactivos los cuales cargaron en un sólo factor, con un valor propio mayor a 1 de 4.281 el cual explica el 62.297 % de la varianza con una confiabilidad de .7813. (ver anexo 9).

## CARGA FACTORIAL DE LA ESCALA DE ACTITUDES.

Reactivo	Carga factorial
1.Es bueno explorar mis senos	.704
2.La autoexploración de las mamas ayuda a tener una vida más saludable	.763
7.Las mujeres deben informarse como explorar sus senos.	.670
9.Las mujeres decentes no se tocan los senos.	.575
10.Las mujeres siempre deben autoexplorar sus senos.	.630
20.Es mi responsabilidad cuidar mi salud por eso debo explorar mis senos.	.729
31.Me siento tranquila si cuido la salud de mis pechos por eso los exploro	.460
36.Me agrada cuidar mi salud, por eso debo explorar mis senos	.558
37.No importa si no me autoexploro los senos, al fin y al cabo de algo me tengo que morir.	.570
42.Es importante autoexplorar los pechos	.619
44.No me gusta tocar mis senos.	.516

En este estudio se demuestra que existen diferencias significativas en las actitudes hacia la autoexploración de los senos entre las mujeres de primaria y preparatoria con las de universidad  $F_{(3, 247)} = 6.962$ , con  $p < .01$ . La media para mujeres de primaria fue de 4.13, la de mujeres de secundaria 4.42, la de mujeres con preparatoria 4.25 y la de universitarias 4.75 como se puede observar en la grafica que a continuación se presenta.

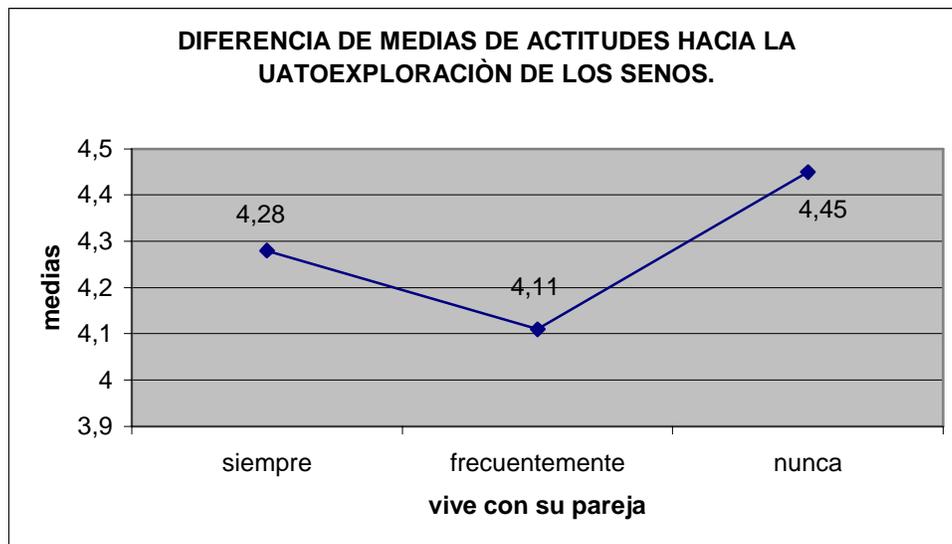


Se puede observar que la actitud de las mujeres es positiva, pero las mujeres de universidad tienden a estar totalmente de acuerdo con las actitudes positivas, confirmando la hipótesis que planteaba mientras el nivel de escolaridad fuera mayor, tendría una actitud

positiva.

Se procedió a hacer un análisis univariado de varianza (UNIANOVA) para ver si tenían efecto sobre las actitudes otras variables del cual se obtuvo que la situación de pareja si influyen en las actitudes hacia la autoexploración de los senos. Se piensa que efectivamente el hecho de estar unida a una pareja influye para que se tengan actitudes no tan positivas hacia la autoexploración de los senos  $p^{**}<.01$ ,  $F_{(19,247)} = 6.071$ .

También se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que viven siempre con su pareja, las que viven frecuentemente con su pareja y las que nunca lo hacen  $F_{(2,246)} = 3.63$ , con  $p < .05$ . La media para las mujeres que viven siempre con su pareja fue de 4.28, las que viven frecuentemente con su pareja fue de 4.11 y las que nunca viven con su pareja fue de 4.45



Se observa que las mujeres que nunca viven con su pareja tienden a estar en total acuerdo con las actitudes positivas por lo cual se confirma lo antes mencionado, la pareja si influyen en las actitudes hacia la autoexploración de los senos y la edad sigue influyendo ya que las mujeres de universidad que son las que tienen menos edad, y que nunca viven con su pareja por lo tanto tienen una actitud positiva porque no existe en ellas una presión de pareja.

No se encontraron diferencias significativas en la religión de las mujeres con respecto a la actitud hacia la autoexploración de los senos.

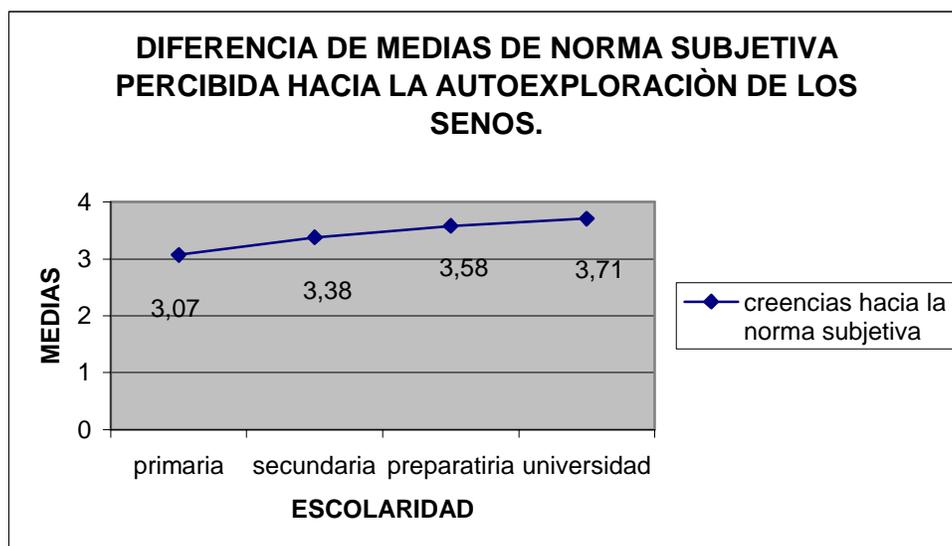
#### 6.5 Norma subjetiva percibida.

De los 15 reactivos que constaba la escala de norma subjetiva percibida, y una vez corrido el análisis factorial, se obtuvieron 4 factores, convergió en 7 iteraciones se eliminaron los reactivos que no cumplían con los requisitos de factor y se eliminaron los reactivos que tenían correlaciones menor a .20 una vez que se corrió la confiabilidad y se recodificó el reactivo 81 para que todos quedaran en la misma dirección; quedando así una escala con 11 reactivos en un sólo factor, con un valor propio mayor a 1 de 3.541 el cual explica el 54.318 % de la varianza con una confiabilidad de .7801. (ver anexo 10)

### **CARGA FACTORIAL EN LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE NORMA SUBJETIVA PERCIBIDA.**

Reactivo	Carga factorial
15.Mis amigos dicen que es bueno autoexplorarse los senos.	.621
16.Tengo confianza ante mis amigos para hablar del tema.	.654
19.Mis amigos me incitan a realizar la autoexploración de los senos.	.498
22.Hablo con mis amigos respecto al tema de la autoexploración de los senos.	.665
26.Mis padres me permiten que mu autoexplore los senos .	.662
27.Mis amigos me has enseñado a ser responsable de mi salud por eso autoexploro mis pechos.	.497
30.Mi madre me ha enseñado como autoexplorarme los senos.	.340
74.Mis padres toman en cuenta mis opiniones respecto al tema de la autoexploración de los senos.	.534
76.Platico libremente con mi familia respecto al tema de la autoexploración de los senos	.654
80.Fácilmente hablo de la autoexploración de los senos con mis padres	.627
81.Mis padres me han enseñado que es inmoral tocarse una misma los genitales.	.361

Existen diferencias significativas en la norma subjetiva percibida  $F_{(3, 246)} = 5.626$ , con  $p < .01$ . La media para mujeres de primaria fue de 3.07, la de mujeres de secundaria 3.38, la de mujeres con preparatoria 3.58 y la de universitarias 3.71.



Aunque las mujeres muestran ser indiferentes a la norma subjetiva percibida las mujeres universitarias tienden a estar de acuerdo con la misma, lo que indica que al ser mujeres que aún viven con su familia e influyen sus amigos en la decisión de autoexplorarse los senos pueden percibir más a la misma positivamente, aunque la mayoría dice estar exenta de la norma subjetiva, es decir que no toman en cuenta del todo a las personas que les hablan de la autoexploración, sino que es una decisión propia explorarse los senos o no.

Se procedió a hacer una prueba de análisis de univariada de varianza de la cual se obtuvo que no influyen otras variables externas tales como religión, estado civil, etc.

#### 6.6. Motivación para complacer la norma subjetiva.

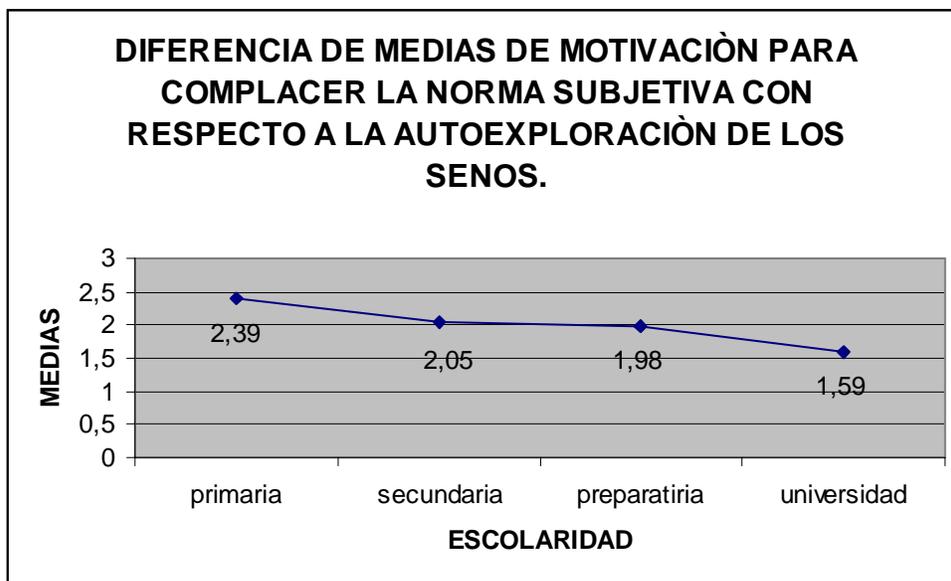
La escala de motivación para complacer a la norma Subjetiva percibida constaba de 14 reactivos, se obtuvieron 5 factores, convergió en 9 iteraciones se eliminaron los reactivos que no cumplían con los requisitos de factor y se eliminaron los reactivos que tenían correlaciones menor a .20 una vez que se corrió la confiabilidad y se recodificó el reactivo 77 para que todos quedaran en la misma dirección; quedando así una escala con 5 reactivos en dos factores, pero se tomó sólo el primero ya que conceptualmente

únicamente este servía el primer factor convergió en tres iteraciones , con un valor propio de 2.15 el cual explica el 43.01 % de la varianza con una confiabilidad de .6323.

### **CARGA FACTORIAL DE LOS RECTIVOS DE LA ESCALA DE MOTIVACIÓN PARA COMPLACER A LA NORMA SUBJETIVA.**

Reactivo	Carga factorial
28.Me angustia pensar que Dios se moleste conmigo si exploro mis mamas por eso no se si lo debo hacer	.652
77.Mi pareja me apoya en la decisión de autoexplorar mis senos.	.493
84.No me gustaría que mi pareja se enojara conmigo por autoexplorar mis senos.	.455
85.Me avergüenza platicar con mis amigos sobre el tema de la autoexploración de los senos por eso no lo hago.	.803
86.El principal valor de mi religión es no tocarse una misma los senos y no quiero violarlo.	.795

También existen diferencias significativas en la motivación para complacer la norma subjetiva según el nivel de escolaridad de las mujeres  $F_{(3, 249)}= 6.584$ , con  $p < .01$ . La media para mujeres de primaria fue de 2.39, la de mujeres de secundaria 2.05, la de mujeres con preparatoria 1.98 y la de universitarias 1.59.



Se puede observar que las mujeres tienden a tomar en cuenta a la norma subjetiva y sí desean complacer dicha norma, pero las mujeres universitarias son las que más dispuestas están a complacer la norma a pesar de que en la escala de norma subjetiva percibida, afirman que es decisión propia el autoexplorarse o no, pero si desean complacer a la norma más que las mujeres con un grado menor de escolaridad.

### 6.7. Intención

La escala de intención constaba de 4 reactivos, se obtuvo 1 factor, se recodificó el reactivo 93 para que todos quedaran en la misma dirección; quedando así una escala con 4 reactivos en un sólo factor, con un valor propio mayor a 1 de 2.187 el cual explica el 54.686 % de la varianza con una confiabilidad de .6923 (Ver anexo 11)

### **CARGA FACTORIAL DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE INTENCIÓN DE REALIZARSE UNA AUTOEXPLORACIÓN DE LOS SENOS.**

REACTIVO	CARGA FACTORIAL
69.Deseo realizarme una autoexploración de mis senos.	.730
70.Planeo explorarme los senos todos los meses.	.532
92.Pienso hacer una autoexploración de mis senos por lo menos una vez al mes.	.857
93.No quiero hacerme una autoexploración de mis senos nunca.	.7998

No se encontraron diferencias significativas ni en escolaridad, religión ni situación de pareja al realizar las pruebas de diferencias de medias ANOVA.

### 6.8. Conducta.

La escala de conducta constaba de 3 reactivos, se obtuvo 1 factor, pero uno de los reactivos no tenía carga por lo que se decidió trabajar la escala con 2 reactivos para darle coherencia a la teoría se recodificó el reactivo 35 para que todos quedaran en la misma

dirección; quedando así una escala con 2 reactivos con una confiabilidad de .4245 (Ver anexo 12). Cabe mencionar que era sumamente importante conservar una escala que arrojara los datos sobre la conducta de exploración de los senos ya que el modelo que se utilizó teóricamente así lo determina.

### **CARGA FACTORIAL DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE CONDUCTA.**

Reactivo	Carga factorial
29. No exploro mis senos periódicamente.	.797
35. El año pasado me realice la autoexploración de mis senos.	.797

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes grados de escolaridad, ni la religión, ni la situación de pareja al llevar a cabo una prueba de diferencia de medias ANOVA.

#### 6.9. Individualismo- colectivismo.

La escala de individualismo colectivismo constaba de 32 reactivos, se obtuvieron 12 factores, convergió en 12 iteraciones se eliminaron los reactivos que no cumplían con los requisitos de factor . Se corrió otra vez el factorial y se obtuvieron 6 factores, se corrieron las confiabilidades y se procedió a eliminar 3 factores por su baja confiabilidad quedando así 3 factores, el primero denominado *Búsqueda de bienestar social* con un valor propio de 3.04 el cual explica el 13.27 de la varianza con una confiabilidad de .7714; el segundo factor denominado *Abnegación* con un valor propio de 2.91 el cual explica el 11.09 de la varianza con una confiabilidad de .7464; y el tercer factor denominado *Conducta individualista* tiene un valor propio de 1.79 el cual explica el 9.515 de la varianza con una confiabilidad de .6132.

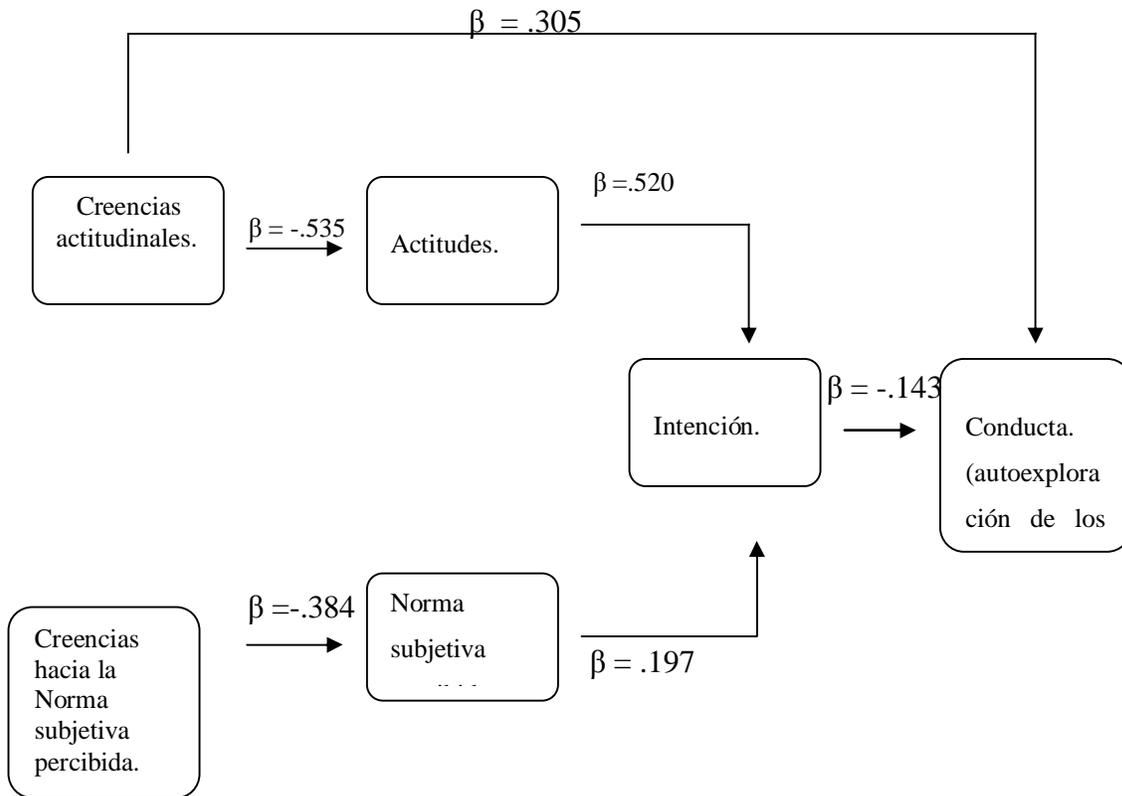
**CARGA FACTORIAL DE LOS REACTIVOS DE LA ESCALA DE  
INDIVIDUALISMO-COLECTIVISMO.**

REACTIVO	FACTOR	CARGA FACTORIAL
100.El bienestar de mis compañeros es importante para mi.	1	.850
101.Si un compañero recibiera un premio, estaría orgulloso	1	.855
102.Si un pariente estuviera en dificultades financieras ,. Lo ayudaría hasta donde alcancen mis recursos.	1	.627
103.Me siento bien cuando coopero con otros.	1	.686
113.Podría sacrificar una actividad que disfrute mucho su mi familia no la acepta.	2	.772
114.Podría hacer algo que me complaciera a mi familia, aún si detesto esa actividad.	2	.837
115.Frecuentemente sacrifico mi propio interés en beneficio de mi grupo social.	2	.747
110.Uno debería vivir su propia vida independiente de los demás.	3	.714
111.Lo que me suceda es asunto mío.	3	.753
112.Comparto pocas cosas con mis vecinos.	3	.643

#### 6.10 Regresión.

La autoexploración de los senos de las mujeres si esta determinada por la intención, misma que está influida por las actitudes y la norma subjetiva percibida y estas a su vez por las creencias actitudinales y las creencias hacia la norma subjetiva percibida. Pero además se encontró una relación directa entre las creencias actitudinales y la conducta. Ver Diagrama

### Regresión logística de la autoexploración de los senos con los factores.



Se consideraron a las creencias actitudinales como predictoras de las actitudes las cuales ( $F_{(1, 249)} = 99.367$  con  $p = .000$ )  $R^2 = .283$ , quedando así las creencias actitudinales como predictoras de las actitudes ya que obtuvo una Beta de  $-.535$  se entiende que a menores creencias actitudinales negativas, mayor actitud positiva.

Se consideraron a las creencias hacia la norma subjetiva percibida como predictoras de la norma subjetiva percibida las cuales ( $F_{(1, 249)} = 43.017$  con  $p = .000$ )  $R^2 = .144$ , quedando así las creencias hacia la norma subjetiva como predictoras de la norma subjetiva percibida ya que obtuvo una Beta de  $-.384$  se entiende que a menores creencias hacia la norma subjetivas negativas, mayor norma subjetiva percibida positiva.

Por otra parte se consideraron a las actitudes y a la norma subjetiva percibida predictoras de la intención las cuales ( $F_{(1, 249)} = 139.775$  con  $p = .000$ )  $R^2 = .358$ , quedando así las actitudes como predictoras de la intención ya que obtuvo una Beta de .520 y, ( $F_{(1, 249)} = 79.939$  con  $p = .000$ )  $R^2 = .388$ , quedando así la norma subjetiva percibida como predictora de la intención ya que obtuvo una Beta de .197; por lo tanto se entiende que a mayores actitudes y mayor norma subjetiva percibida positiva mayor intención positiva.

También se consideraron a la intención predictora de la conducta la cual ( $F_{(1, 244)} = 5.108$  con  $p = .025$ )  $R^2 = .017$ , quedando así la intención como predictora de la conducta ya que obtuvo una Beta de -.143, por lo tanto se entiende que a menor intención positiva, mayor conducta negativa.

Dentro de las regresiones se probó el modelo nulo de lo cual se obtuvo que las creencias actitudinales si tienen efecto directo en la conducta las cuales ( $F_{(1,243)} = 24.857$  con  $p = .00$ )  $R^2 = .089$ , quedando así las creencias actitudinales como predictoras de la conducta ya que se obtuvo una Beta de .305, por lo tanto se entiende que a mayores creencias actitudinales, mayor conducta (ambas negativas).

Como se puede observar el Modelo de Fishbein y Ajzen (1980) si se cumple en una sociedad como la nuestra, pero además las creencias actitudinales causan impacto directo en la conducta, por lo que si se atiende a lo que dicen los autores que el cambio de conducta gira en torno al cambio de las creencias, se puede centrar en este punto la intervención; es decir se puede llevar a cabo una estrategia de cambio de conducta centrada en las creencias actitudinales.

## **Discusión.**

Las diferencias que se existen en las actitudes hacia la autoexploración de los senos según el nivel de escolaridad, no se debe a que un grupo posee más información que otro por el grado de escolaridad que tiene, sino que la fuente de la que proviene la información es distinta. Las mujeres que no tienen un grado de escolaridad alto son más susceptibles a las creencias actitudinales porque por lo general son de un nivel socioeconómico bajo, por lo tanto se ha demostrado que en las familias y el entorno social en general de esas mujeres aún es un tabú hablar de sexualidad y como los senos representan una imagen de la sexualidad, no es un tema se sea explicado del todo por lo tanto quedan brechas que le permiten a las mujeres creer en ciertas cosas como que la autoexploración de los senos es algo que no es malo pero en cierta medida; es decir puede ser que piensen que si realizan la autoexaminación de sus senos con cierta frecuencia, les puede agrandar y entonces lo tomaran como una masturbación, o tal vez se pueden lastimar si se tocan frecuentemente y entonces sí desarrollar una enfermedad de entre las cuales puede estar el cáncer de mama, etc.

Con lo que respecta a las creencias hacia la norma subjetiva puede suceder lo mismo ya que desafortunadamente vivimos en una sociedad en donde aún se persiste la figura machista y en las parejas no hay tanta comunicación respecto al tema y permite que las mujeres creen cosas que tal vez no son ciertas y que no se atreven a expresar para aclarar o que creen que su pareja piensa como a ellas les gustaría que pensara.

Las actitudes son positivas y eso es importante ya que a pesar de las creencias que tienen respecto al tema de la autoexploración, tienden a tener una actitud positiva hacia la

autoexploración aunque las mujeres de menor grado de escolaridad no estén totalmente de acuerdo en tener una actitud positiva hacia la autoexploración de alguna forma la poseen.

La norma subjetiva es casi indiferente para todas las mujeres independientemente del grado de escolaridad que tienen y las mujeres universitarias tienden a ser más vulnerables a la norma subjetiva positiva respecto al tema, tal vez porque se comunican mejor con su grupo de amigos, sus padres, sus parejas, etc.

Las mujeres universitarias están menos dispuestas a estar en desacuerdo con motivos para complacer a la norma subjetiva negativos hacia la autoexploración de los senos y una causa puede ser que ellas ven que la norma subjetiva está a favor de ellas y no hay porque pensar que a sus seres más allegados le incomode que cuiden su salud, cosa que no sucede por completo en mujeres de menor nivel escolar.

Se puede observar que no existen diferencias significativas entre las mujeres de diferentes situaciones de pareja y de los diferentes tipos de religión, por lo que se puede concluir que las mujeres no perciben que la pareja y la religión influyen de alguna manera para que se realice la autoexploración de los senos.

La intención y la conducta no difiere entre los diferentes grupos de mujeres, y aquí sucede algo interesante; si las mujeres tienen la intención de realizarse la autoexploración de los senos y Fishbein y Ajzen (1980) afirman que el mejor predictor de la conducta es la intención y la regresión así lo confirma por lo menos en esta población, por qué las mujeres siguen falleciendo por cáncer de mama, y el problema sigue en aumento; Será que todas las mujeres tienen la intención de cuidar su salud pero existen factores sociales que presionan y que aunque no lo reconozcan les impide que se realicen dicha práctica.

Estos son puntos que se pueden tomar para futuras investigaciones.

## **Conclusiones.**

Es evidente que el cáncer de mama es un problema que esta presente en nuestra sociedad y que a pesar de los programas de intervención que se han realizado para prevenir el desarrollo de cáncer de mama aún sigue creciendo el índice de mortalidad y la falta de información no es la causante única de que esto esté pasando.

Hay que recordar que una investigación es el reflejo de lo que está pasando en un contexto social dado; por lo tanto se debe considerar que las mujeres no siempre van a pensar de la manera en que se reporta en la presente investigación.

Lo anterior lo menciono porque a pesar de que las mujeres que participaron en esta investigación aseguran estar a favor de la autoexploración de los senos como medida preventiva para no desarrollar cáncer de mama, de no importarles lo que piensen los demás de ellas si la llevan a cabo y de tener la mayor y la mejor disposición de autoexaminarse, hay que considerar que existen diversos factores sociales que tal vez le impida llevar a cabo dicha práctica, tales como la presión religiosa, la misma necesidad de pertenecer a un grupo social y ser aceptadas entre otros.

Es por ello que se considero que podían intervenir tanto factores personales (actitudes , creencias actitudinales, intención y conducta) como factores sociales (creencias hacia la norma subjetiva percibida, norma subjetiva percibida).

Lo importante es crear una conciencia en las mujeres de que no basta el tener una actitud positiva hacia la autoexploración de los senos, o que las creencias tanto actitudinales como hacia la norma subjetiva sean positivas, sino que es un problema del que ninguna

mujer se puede decir estar exenta y que es necesario que se informen adecuadamente, con personas que conozcan el tema y que les proporcionen herramientas, técnicas para autoexplorarse y que lo hagan cada mes y si es posible difundan esta información pero de manera precisa tal como a ellas se les proporcione y que exista mayor comunicación en sus familias, por que hay que recordar que el núcleo de la sociedad es la familia, si ahí se habla del tema con respeto, con certeza y atención, el tema será conocido por un número mas grande de mujeres y por lo tanto habrá menos casos de muerte por esta causa.

No queda más que llevar a cabo una intervención que permita ver si estas afirmaciones pueden ser certeras.

## Capítulo 7

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Es evidente que el cáncer de mama es uno de los problemas de salud que nos aquejan actualmente y que minuto a minuto aumenta por lo que es muy importante que se intervenga para no esperar a el momento en el que se tenga que apoyar física, psicológica y moralmente; el problema hay que atacarlo desde antes y la mejor manera de prevenirlo es creando en las mujeres la conciencia de que nadie está exenta de padecer dicho mal y que la mejor maneras de combatirlo es detectarlo a tiempo a través de una práctica llamada autoexploración de los senos por lo menos una vez al mes.

Una de las cosas que no deben pasar desapercibidas es que vivimos en una sociedad en la que todavía existen tabúes acerca de la sexualidad de la mujer y la autoexploración al ser parte de un acto que puede ser mal interpretado como una masturbación por ser una práctica que consiste en tocarse la mujer así misma los senos para detectar una anomalía. Por lo tanto hay que contemplar dicha situación y explicar a la mujer que la salud de sí misma solo depende de ella.

Por ello se elabora el siguiente programa de intervención con la finalidad de eliminar todos aquellos factores que impiden realizar esta práctica y con ello prevenir hasta la muerte; la idea principal es minimizar al máximo las creencias actitudinales y normativas a través de información veraz y confiable, de una serie de técnicas que permiten ver que como ya se mencionó lo que pase en cada una de las mujeres es responsabilidad de ellas mismas aunada a la explicación detallada de cómo se debe realizar una autoexploración.

A continuación se presenta el programa de intervención.

Título: “ Concientización de las evaluaciones que hacen las mujeres con respecto a la autoexploración de los senos, influenciadas por las creencias que tienen hacia la misma.

OBJETIVO GENERAL: Sensibilizar a las mujeres de 20 a 30 años edad mediten sobre las implicaciones que trae consigo autoexplorarse los senos.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Que las mujeres sean capaces de distinguir entre las consecuencias reales de la autoexploración de los senos de las creencias erróneas respecto de la misma.
- Conocer las creencias actitudinales de las mujeres hacia la autoexploración de los senos.
- Mostrar a las mujeres las consecuencias positivas que trae consigo la autoexploración de los senos.
- Identificar las creencias actitudinales que estén en contra de la autoexploración de los senos.
- Cambiar la forma de decidir si una mujer se debe autoexplorar los senos o no.
- Brindar elementos de calidad para una toma de decisiones que favorezca la realización de la autoexploración de los senos.

#### COORDINADORA DEL CURSO.

Nancy Angélica Fonseca Villarreal: Licenciada en Psicología Social, Universidad Autónoma Metropolitana.

#### CARACTERÍSTICAS DEL CURSO:

Este curso esta dirigido a mujeres de 20 a 30 años de edad que asisten a consulta externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González, el cual tiene una duración de 10 horas, que se distribuye en 5 sesiones con duración de 2 horas cada una; las sesiones se llevaron a cabo por la mañana.

#### JUSTIFICACIÓN:

La presencia de cáncer de mama en las mujeres muestra un incremento año con año y a una edad cada vez más temprana.

En la mayoría de las personas se presenta una negativa ante la idea de tener cáncer, sin embargo el cáncer es uno de los principales problemas de salud pública, en México, por ejemplo, las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en población general –después de las cardiovasculares-.

Hablar de cáncer es siempre una situación seria, y para una mujer resulta aterradora la idea de padecer cáncer de mama, no sólo por el hecho de padecerlo, sino que inmediatamente asocia dicha situación a una mutilación –parcial o total- de la glándula mamaria y en ocasiones a al idea de muerte.

Esto es porque la glándula mamaria cumple distintas funciones importantes como la de amamantar a los hijos, cumple con un rol principal dentro de la sexualidad y desde luego con la imagen propia de la mujer.

Una de la formas de prevenir el desarrollo del cáncer mamario es detectarlo a tiempo y la forma mas sencilla es la realización de la autoexploración de los senos, es por ello que resulta indispensable fomentar dicha conducta en las mujeres, y este taller esta diseñado para crear una conciencia en las mujeres de cómo debe tomar la decisión de autoexplorarse los senos y que factores debe tomar en cuenta y cuales no.

7.2 Cartas descriptivas. (Ver Anexo 13).

7.3 Experiencias compartidas

Cuando un científico social se da a la tarea de resolver un problema, se enfrenta a un sin fin de información acerca del mismo, a una serie de caminos por los que puede andar para encontrar la solución, etc.

Lo importante es que una vez que tiene una investigación estructurada y desarrollada, se encuentra con resultados que tal vez no esperaba o todo lo contrario, pero, ahí no es en donde termina el estudio, sino que debe buscar o desarrollar un programa que permita cambiar a una manera positiva.

Pues bien, una vez que se tiene estructurado un programa de intervención, no queda mas que llevarlo a cabo; y es ahí en donde se enfrenta a una serie de problemas. En primer lugar se necesitan recursos (económicos, humanos, materiales, tiempo, etc). o puede no tener recursos económicos pero es ahí en donde comienza a buscar relaciones con personas que si los tiene o con personas que le pueden ayudar a conseguir todo el material que necesita.

Ese fue mi caso; mi intervención consistió en llevar a cabo un taller denominado

originalmente “Concientización de las evaluaciones que hacen las mujeres, influenciadas por las creencias que tienen hacia la autoexploración de los senos”, pero que convoque solo les dije que se denominaba “Taller de autoexploración de los senos”, la razón es que generalmente cuando titulas a algo de tal forma es más difícil que se interesen a que pongas un título extenso que en realidad lo que hace es confundir o que te de flojera asistir por no entender del todo los términos que se utilizan en el título. Pues bien me gusta la idea de platicarte cual fue mi experiencia personal para que si en un futuro quieres hacer algo similar o corregir y aumentar el mismo te sea más fácil.

En el momento que deseaba llevar a cabo mi taller yo estaba realizando mi servicio social en el Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González y es ahí en donde una compañera psicóloga educativa que ya laboraba en dicha institución me ofreció ayuda, la cual consistía en prestarme la sala en la que se daban las sesiones grupales para dejar de fumar, lo malo es que iba a ser sólo una vez a la semana durante tres semanas, lo que implicaba que a mi taller le eliminara la primera y la quinta sesión. Decidí que así fuera. Posteriormente, convoque a través de carteles que invitaban a mujeres de 20 a 30 años de edad, se indicaba el título, la hora y el lugar, aunado a un logotipo de mujer. ¡oh, sorpresa! el día indicado solo asistió una joven de 27 años puntualmente y una señora de 54 años muy tarde; en esa situación no se podía llevar a cabo el taller.

Cabe mencionar que resulta deprimente, porque tú quieres hacer algo para que un problema termine y no encuentras colaboradores, y de verdad que si eres débil y no persistes fracasas y optas por tomar salidas absurdas como inventar un taller con mujeres resultantes de la imaginación, hacer una maratón en la que en un sólo día hagas todo, y otras salidas que por el momento no se me ocurren. Y menciono lo anterior porque en realidad hay personas que lo hacen sin importar que los resultados de esa intervención pueden ser considerados por otra persona y tomarlos como 100% verdaderos y si en ese camino estaba la solución o el fracaso no se considere.

Pues bien no fue ese mi caso, claro que tuve la fortuna de contar con el apoyo de personas que van desde las más esperadas hasta las menos. Otra vez Micky la Psicóloga

educativa de la Clínica de Tabaco del Hospital General Dr. Manuel Gea González me dio la opción de que no fueran las mujeres que asistían a la clínica del Tabaco, sino en todo el Hospital; yo me sorprendí porque iban a permitir que mi taller fuera conocido por todo el Hospital sin laborar ahí.

Conseguí cartulinas de colores para que fuera más llamativa la invitación. Micky me ofreció la sala 1 día a la semana durante 5 semanas, claro que con la autorización de el Coordinador de la Clínica, el cual era mi tutor de Servicio Social y aquí viene lo mas importante, habló con un gineco-obstetra para que al final de las 5 sesiones revisara a todas y cada una de las participantes para detectarles alguna anomalía; cabe mencionar que dicho médico ya estaba jubilado a pesar de ser joven, pero su interés por la salud de millones de mujeres lo hace asistir todos los viernes a revisar a cierto numero de pacientes que acuden al hospital a ese servicio, lo cual fomentaba en mi admiración y respeto a ese Médico. Aceptó sin ninguna condición auscultar a las participantes del taller al finalizar las 5 sesiones.

Esto se hizo con la finalidad de que resultara mas interesante el taller ya que esta revisión no requería de ningún trámite del hospital y sin costo alguno, la única condición que puse como coordinadora era asistir a todas las sesiones.

Una vez hecha la invitación se fue registrando a las mujeres que deseaban asistir y se logró reunir 22 de ellas; a todas se les explicaba que era un taller que les permitía ver los pros y los contras de hacerse una autoexploración de los senos, les enseñaba a hacerla y desde luego se les aseguraba la consulta con el experto.

Llego el día fue el 8 de noviembre del 2002 a las 9:00 a.m. asistieron 17 de las mujeres, en este día se llevó a cabo la presentación del taller entre otras cosas, fue un momento emotivo ya que las mujeres decían su nombre y las razones por las que estaban ahí ; la mayoría dijo no saber como se realizaba una autoexploración de los senos, 4 mujeres contaron que tenían antecedentes familiares de cáncer de mama, 1 que padeció tumores benignos y una de ellas muy joven de 18 años dijo sentir un nódulo el cual le dolía

mucho, comenzó a llorar y dijo que tenía miedo de padecer cáncer de mama; todas la animaron –incluyéndome-, y se le hizo saber que no necesariamente sería cáncer y que el experto le eliminaría o confirmaría sus sospechas, pero además se le explicó que podía ser consecuencia de una cuestión hormonal o de sobrepeso, ya que era una joven con esa característica. Cabe mencionar que en el taller participaron una estomatóloga, tres Químicas y una pasante de nutrición, la cual se comprometió a crearle un plan de alimentación para eliminar ese sobrepeso a cambio de nada. Todas dijeron tener envidia por ese detalle!

En pocas palabras, se creó un ambiente de confianza.

A lo largo del taller, se vivieron experiencias en las que se confirmaba que les gustaría aprender a autoexplorarse, pues se compartieron vivencias desde el primer día al realizar la detección de expectativas.

En fin, se fueron desarrollando todas las dinámicas y, como ya mencioné, la única condición para que las revisara el experto era no faltar a ninguna de las sesiones, quiero mencionar que me dio mucha tristeza que la joven que sospechaba de alguna anomalía en uno de sus senos no asistió más.

También me molestó la actitud de una de las participantes porque asistía un día sí y otro no y siempre tenía una excusa (el tráfico) y me pedía de favor que no le prohibiera la cita con el ginecólogo. En este caso me enfrenté a un dilema, ya que las demás se podrían molestar si se lo permitía o comenzarían a hacer lo mismo y eso perjudicaba uno de mis intereses finales el de que las participantes si aceptación de alguna asistieran a todas la sesiones, pero mi interés primordial era y sigue siendo que las mujeres detecten a tiempo algún problema en sus senos y que mejor si les diagnostica un especialista y opté por no impedirle el acceso.

Otra de las participantes conmovió a todas al relatar la razón por la que estaba en el taller y fue que 2 días antes de que iniciara el curso su mamá fue intervenida

quirúrgicamente precisamente de los senos, ambos mastectomizados y aunque no fue por causa del cáncer de mama fue impactante para ella imaginar que le podía pasar lo mismo si no se revisaba los senos periódicamente. Además que la paciente adquirió una bacteria en el quirófano y casi le cuesta la vida; también, que al ver los senos de su mamá con injertos de otras partes de su cuerpo y ya no tener pezón la motivó más e incluso invitar a una de sus amigas al taller. Lo lamentable es que ella por estar a cargo de un negocio y de su madre no pudo asistir ya pero su amiga continuo hasta el final.

Ahora bien, las profesionistas que participaron laboraban en el hospital y en una sesión tuvieron que faltar por que era necesaria su presencia en un evento que se llevó a cabo en el mismo.

Otra de las participantes a pesar de que no le gustaba hablar de sexualidad y menos de las partes íntimas como les llamaba ella, cooperó mucho en el taller y fomentó en las más jóvenes que tuvieran más confianza con sus mamás ya que la confianza, según ella, es primordial para poseer e intercambiar información.

Cuando realizas un taller de esta índole puedes esperar todo o nada, yo esperaba mucho y lo conseguí. logré crear un ambiente de confianza, de complicidad, de interés que pude transmitirlo y no solo me consideraba como un coordinadora del taller sino como una amiga; de hecho, y lo menciono porque me halaga, dos participantes en los días de sesión me llevaban de desayunar y eso me hizo sentir bien aunque no puedo describir por que.

Todas, las 5 sesiones, me emocionaban, a todas les dediqué mi atención, mi esfuerzo y mi cariño y desde mi punto de vista esto fue lo que me hizo convertirme en la amiga de las participantes; pero siempre existe un momento más emotivo en un taller como este y ese fue durante la cuarta sesión en la que se notó que mi esfuerzo valió la pena. En esta sesión como ya saben fue en la que compartí la información que poseo acerca del cáncer de mama y desde luego les enseñé a autoexplorarse y fue impresionante que la información que yo consideraba elemental y que la mayoría de las mujeres ya posee, según los datos que arrojaron en mi investigación tal como la de que nada ni nadie interviene en la decisión de autoexplorarse los senos las mujeres ¡Sorpresa!, es cierto que no depende al

100% de esa razón el no autoexplorarse sino que no saben cómo hacerlo, aun mujeres profesionistas que deberían estar mejor informadas, pero no es el caso.

Una vez que llegó el momento de enseñarles como autoexplorarse, realicé una dinámica en la que una mujer se ponía frente de otra simulando que era un espejo, yo creí que se mantendrían vestidas ya que las instrucciones de la dinámica no señalaban lo contrario, pero me sorprendieron porque una de ellas tomo la iniciativa de desnudarse para que se llevara a cabo mejor la dinámica y otra de ellas me dijo que cerráramos la puerta para que efectivamente se viera que se debe tener privacidad, que fue lo que más se resaltó en el taller. Lo que se comentó en clase con el profesor Fernando es que el crear un ambiente de confianza dentro de un grupo resulta difícil y que se requiere tiempo ( demasiado) para lograrlo y mas aún en una dinámica de esta índole, que en muchos de los casos no se logra que se desnuden las personas, claro que cuando se trata de un tema relacionado con la sexualidad , pero en este caso se logró y me dio mucho gusto que todas se percibían como una sola en donde todas compartían características en común y la más importante era que todas estaban ahí para cuidar su salud. Además conseguí que me percibieran como una mujer antes que como una coordinadora de un taller, además de conocer mucho sobre el tema, que comparte emociones.

Todas aprendieron a autoexplorarse y en la última sesión se entregaron los diplomas por su participación y se hicieron comentarios referentes a qué les gustó. Una reflexión que me agradó mucho y casi me hace llorar de la emoción y satisfacción y que posteriormente fue compartido por todas fue el de la estomatóloga en el cual se expresaba su satisfacción y su interés; textualmente me dijo: “Te doy las gracias por elaborar y dirigir este taller, por tu amabilidad y desde luego por tu esfuerzo ya que elaboraste un taller como yo no había visto otro dentro del hospital, ya que todos son muy metódicos y no se interesan por la parte humana, siquiera por saber el nombre de los participantes y tú lo hiciste y eso hace que la información que nos transmitiste perdure más en nuestras memorias y fomente el interés por seguir autoexplorándonos ¡Gracias!”

Otra cosa que me gustó es que al final de la auscultación de todas y cada una de las

participantes -incluida yo-, el médico no encontró ningún problema en nuestras mamas y así me gustaría que fuera por el resto de nuestras vidas.

Pues buen esta fue mi experiencia y me gustaría que fuera un aliciente para que otras personas al realizar un taller se esfuercen más y elaboren uno mejor y porqué no corregir, aumentar o cambiar el presente.

Quiero agradecer ampliamente a todas y cada una de las mujeres que participaron. Me alegra que se interesen por su salud y son un buen ejemplo para millones de mujeres que aún no le dedican un poco de su tiempo a la salud de sí mismas. Gracias por compartir sus experiencias, por sus detalles para conmigo y su amabilidad.

#### 7.4 Resultados .

De 17 mujeres que iniciaron el curso, lo terminaron el curso 11, pero desafortunadamente no existieron diferencias significativas en sus respuestas en ninguna de las escalas antes y después de asistir al taller (ver anexo 14)

Cabe mencionar que el taller se llevo al pie de la letra y la participación de las mujeres fue buena y por lo menos en la práctica todas aprendieron a autoexplorarse correctamente y todas afirmaron que lo llevarían a cabo.

Se debe mencionar también que la mayoría de ellas estaba nerviosa al contestar el cuestionario porque después de ello la auscultaría el especialista y todas teníamos miedo de que nos detectaran algo malo y eso pudo haber influido para que no contestaran concientemente las respuestas del cuestionario.

Por otra parte, una de las participantes no sabía leer bien y se le complicó mucho resolver el cuestionario a pesar de que se le brindó ayuda, y estos fueron algunos de los factores que pudieron intervenir pero si en futuras intervenciones se contempla lo antes mencionado y se evita, tal vez si existan diferencias significativas.

Lo que hay que destacar es que lo principal era cambiar la manera en que se preocupan estas mujeres de sí mismas y de su salud y eso si se logró ya que aseguraron que el taller les sirvió para cambiar muchos aspectos de su vida entre ellos la manera en la que cuidarían de ese momento en adelante su salud y la de sus mujeres amadas (hijas, tías, hermanas, madres, etc)., y que de ahí para delante no dejarían a un segundo plano el cuidado de la salud de sus senos.

## REFERENCIAS.

Allen L. (1998). El sujeto con cáncer: campo de estudio de la psicología social. *Mujer/fempres*, 3 (3) 195-197.

Álvarez, G y Alvarado, J. (1987). *Cáncer de mama*. Buenos Aires, Argentina : El Ateneo.

Ajzen, y Fishbein, M. (1975). *Belief, attitude, intention, and Behavior*. ADDISON-Wesley Series en social psychology. Practice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.Y. Printed in the U.S of A.

Baum, H. (1978). *Cáncer de mama*. Argentina: Panamericana.

Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. México: Martines roca libros universitarios y profesionales.

Cairns, J. (1981) *Cáncer, Ciencia y Sociedad*. Panamericana

Cardenal, V y Oñoro, I. (2000). Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. *Revista electrónica de Psicología*, 3 (3) 1-8.

Cope, O. (1978). *Cáncer del seno*. México: Ediciones científicas la prensa médica.

Coughlin, Steven S; Uhler, R. J; Blackman, D.K. (1999). Breast and cervical cancer screening practices among American Indian and Alaska Native women in the United States, 1992-1997. *Preventive Medicine*. 29 (4) 287-295.

Díaz M. (1992). *Psicología Social, Métodos y Técnicas de Investigación*. España: Eudema.

Ernest, A. (2001). *Los conocimientos y las actitudes con respecto a la prevención del cáncer mamario*. Publicación en sliçgine colegia.

Fishbein y Ajzen, (1980). *Understanding attitudes and predicting social Behavior*. Practice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.Y. Printed in the U.S of A.

Flórez, J. A. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona: Edikamed.

George, S.A. (2000). *Barriers to breast cancer screening: An integrative review*. *Health Care for Women International*. 21 (1) 53-65.

Hewstone, M, (1994). *Introducción a la psicología social (una perspectiva europea)*. Barcelona: Ariel, S. A.

Hollander, E. (1976). *Principios y Métodos de Psicología Social*. Argentina: Hmorrortu editores S.A.

James O. Whittaker ( 1979 ) *La Psicología Social en el mundo de hoy*. México: trillas.

Kaufmann, H. (1977). *Psicología social*. México. Interamericana.

Klineberg, O. (1963). *Psicología social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Kuehn, P. (1990). *Los senos: cómo prevenir y detectar el cáncer*. México: Edamex.

- Lambert, W. (1979). *Psicología social*. México: Hispano- Americana.
- Langer, A y Kathryn, T. (1996). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México: The population Council Edamex.
- Lawrence, V. A; De Moor, C; Glenn, M. E. (1999). Systematic differences in validity of self-reported mammography behavior: A problem for intergroup comparisons. *Preventive Medicine: an International Devoted to Practice & Theory*. 29 (6) 577-580.
- Levenson, F. (1986). *Causas y prevención del cáncer*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Lindgren, H. (1973). *Introducción a la psicología social*. México: trillas.
- Mann, L. (1975). *Elementos de psicología social*. México: Limusa.
- Matlin, M. (1993). *The Psychology of women*. Fort wort; Harcourt Brace Ivanovich.
- Myers, D.G. (1991). *Psicología Social*. Madrid: Medica Panamericana.
- Pimentel S. (1995). Estudio comparativo de cambio de actitudes en pacientes con cáncer mamario a través de un grupo de autoapoyo. *F. Ps. UNAM*.
- Rojas Y (2001). Mueren de cáncer 6 millones de personas al año. CIENSALUD. Investigación y Desarrollo. México, Num. 104, año IX.
- Salazar José M, Montero Maritza, Muños Carlos, (1979) *Psicología Social México*: trillas.
- Sánchez T. (2000). Cáncer de mama: Una enfermedad de mujeres, un problema no solo de mujeres. *Fem Publicación feminista mensual*. 24(211) 68-71.

Santa Cruz, A y Lizarde, R. (1997).Cáncer de mamas con la mira de un químico mortífero.Mejer/fempres red de comunicación alternativa de la mujer.97 (191)

Santos, V y Villanueva, R. (1986).El cáncer. Barcelona: Prensa científica.

Stoner, A. (1994) The atitudes lectura en Attitudes theory in Mesurement. Nueva York.

Torres, T. R. (1999).Tumores de mama: Diagnóstico y tratamiento. México: Mc. Graw-Hill.

Zambrana R.E; Breen, N; Fox, S.A; Gutierrez Mohamed, M. L. (1999) Use of cancer screening practices by Hispanic women: Analyses by subgroup. Preventive Medicine: an International Devoted to Practice and Theory. 9 (6) 466-477.

*A N E X O S.*

## ANEXO 1

### EXTENCION CLINICA DE LAS 20 PRNCIPALES LOCALIZACIONES ANATOMICAS Y TIPOS MORFOLOGICOS DE TUMORES MALIGNOS DISTRITO FEDERAL 1988

LOCALIZACION	IN.SITU	LOCALIZADO	%			TOTAL
			METASTASICO	DISEMINADO	DESCONOCIDO	
Cerviz	5.5	10.1	1.4	0.9	0.7	18.6
Mama	0.2	6.2	3.1	0.7	0.6	10.8
Linfomas	0.0	0.9	0.8	3.1	0.5	5.2
Leucemia	0.0	0.0	0.1	4.6	0.1	4.6
Próstata	0.0	3.3	0.3	0.4	0.4	4.5
Estomago	0.1	2.3	0.9	0.7	0.6	4.4
Traque, bronquios y pulmón	0.0	1.4	0.6	0.5	0.2	2.6
Ovario y anexos	0.0	1.5	0.6	0.3	0.1	2.5
Glándula tiroides	0.0	1.5	0.6	0.1	0.1	2.4
Encéfalo	0.0	2.1	0.1	0.0	0.2	2.4
Vejiga urinaria	0.0	1.7	0.2	0.1	0.2	2.2
Colon	0.0	1.2	0.5	0.3	0.2	2.2
Cuerpo del útero	0.0	1.7	0.2	0.1	0.1	2.1
Tejido conjuntivo	0.0	1.2	0.2	0.2	0.3	1.9
Vesícula y vías biliares	0.0	0.9	0.5	0.2	0.1	1.7
Testículo	0.0	1.2	0.1	0.2	0.1	1.7
Riñón	0.0	1.0	0.2	0.2	0.1	1.6
Recto	0.0	1.0	0.2	0.2	0.2	1.6
Melanomas de la piel	0.0	1.0	0.2	0.1	0.1	1.6
Laringe	0.0	1.0	0.3	0.1	0.1	1.4
Piel	0.3	8.5	0.2	0.2	0.3	9.5
Las demás	0.2	8.0	1.4	1.4	1.0	9.9
<b>TOTAL</b>	<b>6.4</b>	<b>55.5</b>	<b>12.4</b>	<b>14.6</b>	<b>6.2</b>	<b>5.3</b>

Fuente: Registro Nacional de cáncer/ DGE/ SSA.

## Anexo 2.

### DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS EN MUJERES ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1987.

NUM ORDEN	CAUSA	CLAVE LISTA BASICA DE LA C.I.E	DEFUNCIONES	TASA
1	Tumor maligno del cuello del útero.	120	3835	9.5
2	Tumor maligno de la mama de la mujer	113	1941	4.8
3	Tumor maligno del estómago	091	1836	4.5
4	Tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón.	101	1370	3.4
5	Leucemia	141	1027	2.5
6	Tumor maligno del cuerpo del útero y del útero parte no especificada	122	755	1.9
7	Tumor maligno del páncreas.	096	734	1.8
8	Tumor maligno del ovario y otros anexos del útero	123	661	1.6
9	Tumor maligno del colon	093	550	1.4
10	Tumor maligno del encéfalo.	130	308	16.9
<b>TOTAL</b>			13017	32.1

Tasa por 100.000 mujeres.

Fuente: Tabulaciones de defunciones / INEGI / SPP.

### ANEXO 3

#### DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS EN MUJERES DISTRITO FEDERAL 1987.

NUM. ORDEN	CAUSA	DEFUNCIONES	TASA
1	Tumor maligno de la mama de la mujer	392	7.6
2	Tumor maligno del cuello del útero	386	7.5
3	Tumor maligno del estómago	247	4.8
4	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y del pulmón	190	3.7
5	Leucemia	150	2.9
6	Tumor maligno del páncreas	146	2.8
7	Tumor maligno del ovario y otros anexos del útero	138	2.7
8	Tumor maligno del colon	94	1.8
9	Tumor maligno del cuerpo del útero y del útero parte no especificada	87	1.7
10	Tumor maligno del encéfalo	56	1.1
TOTAL		18.86	36.5

Tasa por 100.000 mujeres.

Fuente: Tabulaciones de defunciones /INEGI / SPP.

## ANEXO 4

Cuestionario de opinión sobre la autoexploración de los senos.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD-IZTAPALAPA.

El presente cuestionario tiene la finalidad de analizar las opiniones que tienen las mujeres respecto a la autoexploración de los senos, ya que es un tema de salud de vital importancia. Queremos enfatizar que no es un examen, por lo tanto no hay respuestas buenas ni malas, sólo queremos tu opinión personal. Los datos que nos proporcionas son confidenciales y se usarán con fines estadísticos. Trata de no dejar respuestas en blanco.

A) Años cumplidos \_\_\_\_\_.

B) Escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Universidad ( )

C) Actualmente vives con tu pareja: Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Nunca ( ).

D) Religión \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que mujeres como tú nos han hecho sobre la autoexploración de los senos, cada afirmación tiene 6 opciones de respuesta. Marca con una "X" la opción que más se acerque a tu forma de pensar de acuerdo con las siguientes claves, en donde:

- 5= TA TOTAL MENTE DE ACUERDO.
- 4= A DE ACUERDO.
- 3= I INDIFERENTE.
- 2= D EN DESACUERDO
- 1= TD TOTALMENTE EN DESACUERDO.
- 9= NS NO SE / NO PUEDO CONTESTAR.

Ejemplo:

La salud de la mujer es muy importante. 5      4      3      2      ~~X~~ 9

Si la persona considera que esto no es cierto y que no está de acuerdo, marcaría el número 1 lo que significa que está en total desacuerdo; pero si no pudiera contestar marcaría el número 9.

TA

A    I    D    TD    NS

1. Es bueno autoexplorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
2. La autoexploración de las mamas ayuda a tener una vida más saludable.	5	4	3	2	1	9
3. La autoexploración de los senos no sirve para nada.	5	4	3	2	1	9
4. Es doloroso autoexplorarse las mamas.	5	4	3	2	1	9
5. Sólo las mujeres con muchos hijos deben explorar sus senos	5	4	3	2	1	9
6. Desde que se empieza a menstruar se deben revisar los	5	4	3	2	1	9

pechos.						
7. .Las mujeres deben informarse como explorar sus senos.	5	4	3	2	1	9
8.Las mujeres inteligentes realizan la autoexploración de los pechos.	5	4	3	2	1	9
9.Las mujeres decentes no se tocan los senos.	5	4	3	2	1	9
10. .Las mujeres siempre deben autoexplorar sus senos.	5	4	3	2	1	9
11.No es una buena decisión autoexplorarse las mamas.	5	4	3	2	1	9
12.Es desagradable autoexplorarse los pechos.	5	4	3	2	1	9
13. .Las mujeres que no se autoexploran las mamas viven mas tiempo.	5	4	3	2	1	9
14. Las mujeres con buenos principios morales, se autoexploran las mamas.	5	4	3	2	1	9
15.Mis amigos dicen que es bueno autoexplorarse los senos	5	4	3	2	1	9
16.Tengo confianza ante mis amigos para hablar del tema de la autoexploración de mis mamas.	5	4	3	2	1	9
17.A través del autocuidado de los senos el amor en la pareja aumenta.	5	4	3	2	1	9
18.Violaré mis principios religiosos si me examino los pechos.	5	4	3	2	1	9
19.Mis amigos me incitan a realizar la autoexploración de los senos.	5	4	3	2	1	9
20.Es mi responsabilidad cuidar mi salud por eso debo autoexplorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
21. Mi mamá me apoyaría en la decisión de explorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
22. Hablo con mis amigos respecto al tema de la exploración de los senos.	5	4	3	2	1	9
23.No me importa lo que mis padres piensen si me autoexploro mis mamas.	5	4	3	2	1	9
24.Creo que mis amigas piensan que es bueno autoexplorarse los senos.	5	4	3	2	1	9
25.Mi familia piensa que si me da cáncer de mama sería cosa del destino.	5	4	3	2	1	9
26.Mis padres me permiten que me autoexploro los senos.	5	4	3	2	1	9
27. Mis amigos me han enseñado a ser responsable de mi salud por eso autoexploro mis pechos.	5	4	3	2	1	9
28.Me angustia pensar que Dios se moleste conmigo si autoexploro mis mamas por eso no se si lo debo hacer.	5	4	3	2	1	9
29.No exploro mis senos periódicamente.	5	4	3	2	1	9
30. Mi madre me ha enseñado como autoexplorarme los senos.	5	4	3	2	1	9
31 Me siento tranquila si cuido la salud de mis pechos por eso los exploro.	5	4	3	2	1	9
32.Las personas más importantes para mi pensarían que yo debo cuidar mis senos.	5	4	3	2	1	9
33. Demostraré mi autonomía si me autoexamino las mamas.	5	4	3	2	1	9
34.No soy capaz en este momento de autoexplorarme.	5	4	3	2	1	9
35.El año pasado me realice la autoexploración de mis senos	5	4	3	2	1	9
36.Me agrada cuidar mi salud, por eso debo autoexplorar mis	5	4	3	2	1	9

senos.						
37.No importa si no me autoexploro los senos, al fin y al cabo de algo me tengo que morir.	5	4	3	2	1	9
38 Mi pareja me apoya en mis decisiones respecto al tema de autoexplorar mis mamas y eso me motiva a hacerlo.	5	4	3	2	1	9
39.No me importa si soy rechazada por mis amigos si me autoexploro los senos.	5	4	3	2	1	9
40.Si me autoexploro los senos mi pareja me dejará de amar.	5	4	3	2	1	9
41 La autoexploración de los senos no sirve para nada.	5	4	3	2	1	9
42.Es importante autoexplorarse los pechos.	5	4	3	2	1	9
43. No siempre es agradable autoexplorarse los senos pero se debe hacer.	5	4	3	2	1	9
44.No me gusta tocar mis senos.	5	4	3	2	1	9
45.No es relevante si no estoy informada acerca de cómo me debo autoexaminar mis mamas.	5	4	3	2	1	9
46.No se disfruta la vida si sólo estas pensando en autoexplorarte los senos cada mes.	5	4	3	2	1	9
47. Me incomoda verme al espejo y hacerme una autoexploración de mis senos, pero lo hago por mi bien.	5	4	3	2	1	9
48.Aunque me sienta bien de salud de mis mamas debo revisarlas.	5	4	3	2	1	9
49.La madurez de una mujer implica cuidar sus salud y por eso se debe autoexplorar los pechos.	5	4	3	2	1	9
50.Me puedo exitar si examino mis mamas.	5	4	3	2	1	9
51.No se enojará Dios si me autoexploro los senos.	5	4	3	2	1	9
52.Sólo debe tocarme los senos mi pareja.	5	4	3	2	1	9
53. Ofendo a Dios si me autoexploro los pechos.	5	4	3	2	1	9
54.Si se piensa en la salud de los senos el amor en la pareja disminuye.	5	4	3	2	1	9
55. Soy capaz de revisarme los senos correctamente sin ninguna ayuda.	5	4	3	2	1	9
56. No necesito autoexplorarme los senos para saber que algo anda mal en ellos.	5	4	3	2	1	9
57. Me puedo lastimar si me toco constantemente los senos.	5	4	3	2	1	9
58. Sólo cuando me duelan los senos debo explorarlos.	5	4	3	2	1	9
59. Me daría miedo detectar alguna bolita en mis senos por eso no me autoexploro mis mamas.	5	4	3	2	1	9
60. Es suficiente explorar mis senos una vez en mi vida	5	4	3	2	1	9
61. Hasta que tenga más de 30 años debo explorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
62. Aunque no sea señora debo autoexaminar mis mamas.	5	4	3	2	1	9
63. Examinar mis senos no significa que lo haga bien.	5	4	3	2	1	9
64.Si tengo un compromiso con mi pareja a futuro debo examinar mis pechos.	5	4	3	2	1	9
65.Mi pareja demuestra su amor si no critica que me autoexplore los senos.	5	4	3	2	1	9
66. Mi religión me ha enseñado que una mujer decente no debe tocarse los senos.	5	4	3	2	1	9
67. Cuando estoy con mis amigos hablamos mal de las mujeres que se autoexploran los senos.	5	4	3	2	1	9

68. Mi salud es más importante que lo que piensen los demás de mí si me autoexploro los senos.	5	4	3	2	1	9
69. Deseo realizarme una autoexploración de mis senos.	5	4	3	2	1	9
70. Planeo explorarme los senos todos los meses.	5	4	3	2	1	9
71. Mi pareja pensará mal de mí si me autoexploro mis senos	5	4	3	2	1	9
72. Creo que mi familia piensa que sólo mi pareja debe tocarme.	5	4	3	2	1	9
73. Mis amistades me aceptarán por realizar una autoexploración de los senos	5	4	3	2	1	9
74. Mis padres toman en cuenta mis opiniones respecto al tema de la autoexploración de las mamas.	5	4	3	2	1	9
75. Mi pareja piensa que es el único que debe tocarme los senos.	5	4	3	2	1	9
76. Platico libremente con mi familia respecto al tema de autoexploración de los senos	5	4	3	2	1	9
77. Mi pareja me apoya en la decisión de autoexplorarme los senos.	5	4	3	2	1	9
78. Difícilmente logro expresar mis preocupaciones sobre la autoexploración de las mamas con mi familia.	5	4	3	2	1	9
79. Si me autoexploro los senos puedo tener problemas con mi pareja.	5	4	3	2	1	9
80. Fácilmente hablo de la autoexploración de los senos con mis padres.	5	4	3	2	1	9
81. Mis padres me han enseñado que es inmoral tocarse una misma los genitales.	5	4	3	2	1	9
82. Mi pareja se molesta si me toco yo misma los senos.	5	4	3	2	1	9
83. Me importa mucho lo que mis padres piensan respecto de autoexplorarme los senos.	5	4	3	2	1	9
84. No me gustaria que mi pareja se enoje conmigo por autoexplorarme los senos.	5	4	3	2	1	9
85. Me avergüenza platicar con mis amigos sobre el tema de autoexploración de los senos por eso no lo hago.	5	4	3	2	1	9
86. El principal valor de mi religión es no tocarse una misma los senos y no quiero violarlo.	5	4	3	2	1	9
87. Soy independiente de lo que dice mi religión respecto al tema de la autoexploración de los senos por ello si me exploro.	5	4	3	2	1	9
88. Mi pareja piensa que si me autoexploro los senos puedo excitarme sola.	5	4	3	2	1	9
89. No contradecir a mi religión y aunque no me deje autoexplorarme yo si lo haría.	5	4	3	2	1	9
90. Me gusta que otros decidan por mí en la decisión de explorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
91. Mi pareja estará de acuerdo de que me autoexplore las mamas .	5	4	3	2	1	9
92. Pienso hacer una autoexploración de mis senos por	5	4	3	2	1	9

lo menos una vez al mes.						
93.No quiero hacerme una autoexploración de mis senos nunca.	5	4	3	2	1	9
94. A mi pareja le preocupa mi salud y me apoyará si me autoexploro los senos.	5	4	3	2	1	9
95. Yo autoexploro mis senos cuando me acuerdo.	5	4	3	2	1	9

## ESCALA DE ORIENTACIÓN SOCIAL

**Instrucciones.** En la línea de la derecha, califique del 1 al 9 qué tanto lo describe personalmente cada afirmación (como realmente es usted, no como quisiera ser), de acuerdo con los siguientes números:



Recuerde que la encuesta es anónima y que no hay respuestas correctas. Si tiene dudas, pregunte.

96.Me gusta tener privacidad.

97.Cuando tengo éxito, usualmente éste se debe a mis capacidades.

98.Disfruto ser único y diferente en muchos aspectos de los demás.

99.Prefiero ser siempre directo y franco cuando discuto con alguien.

100.El bienestar de mis compañeros es importante para mí.

101.Si un compañero recibiera un premio, estaría orgulloso.

102.Si un pariente estuviera en dificultades financieras, lo ayudaría hasta donde alcancen mis recursos.

103.Me siento bien cuando coopero con otros.

104.Es primordial para mí mantener la armonía dentro de mi grupo social.

105.Competir es una ley de la naturaleza.

106.Disfruto trabajar en situaciones que implican competir con otros.

107.Sin competencia, es imposible lograr una buena sociedad.

108.Ganar lo es todo.

109.Soy un individuo único.

110. Uno debería vivir su propia vida independiente de los demás \_\_\_\_\_.
111. Lo que me suceda es asunto mío \_\_\_\_\_.
112. Comparto pocas cosas con mis vecinos \_\_\_\_\_.
113. Podría sacrificar una actividad que disfrute mucho si mi familia no la acepta \_\_\_\_\_.
114. Podría hacer algo que me complaciera a mi familia , aún si detesto esa actividad \_\_\_\_\_.
115. Frecuentemente sacrifico mi propio interés en beneficio de mi grupo social \_\_\_\_\_.
116. Deberíamos mantener a nuestros padres en casa con nosotros cuando lleguen a ancianos \_\_\_\_\_.
117. Mi felicidad depende mucho de la felicidad de los que están cerca de mi \_\_\_\_\_.
118. Cuando otra persona hace las cosas mejor que yo, me tenso y me enciendo \_\_\_\_\_.
119. Me molesto cuando otra gente hace las cosas mejor que yo \_\_\_\_\_.
120. Detesto estar en desacuerdo con los demás dentro de mi grupo social \_\_\_\_\_.
121. Los niños deben ser enseñados a poner sus obligaciones antes que la diversión \_\_\_\_\_.
122. Es importante hacer mi trabajo mejor que los demás \_\_\_\_\_.
123. Los hijos deberían sentirse honrados personalmente sus su padres recibieran un premio reconocido socialmente \_\_\_\_\_.
124. Algunas personas exaltan el hecho de ganar; yo no soy uno de ellos \_\_\_\_\_.
125. Para mi, disfrutar es pasar el tiempo con otros \_\_\_\_\_.
126. Antes de comenzar un viaje largo, me informo con la mayoría de mi familia y muchos amigos \_\_\_\_\_.
127. Casi siempre me ocupo de mis propias cosas \_\_\_\_\_.

**ANEXO 5**  
Tabla de discriminación de reactivos

Reactivo	TA	A	I	D	TD	Missing	Media	Desvs	Altos	Bajos	T	N
1. Es bueno autoexplorar mis senos	199	38	3	1	6	3	4.71	.74	4.99	4.53	-3.849*	247
2. La autoexploración de las mamas ayuda a tener una vida más saludable.	145	77	9	2	8	9	4.45	.88	4.85	4.23	-4.990*	241
3. La autoexploración de los senos no sirve para nada.	4	9	6	63	154	14	1.50	.86	1.66	1.40	-1.644	236
7. Las mujeres deben informarse como explorar sus senos.	173	55	1	2	8	11	4.60	.84	4.73	4.57	-1.156	239
8. Las mujeres inteligentes realizan la autoexploración de los pechos.	81	52	23	36	45	13	3.37	1.54	4.33	2.14	-10.246	237
9. Las mujeres decentes no se tocan los senos.	19	8	14	55	149	5	1.75	1.20	2.18	1.43	-3.662*	245
10. Las mujeres siempre deben explorar sus senos.	150	70	6	8	11	5	4.39	1.01	4.79	4.20	-3.836*	245
11.No es una buena decisión autoexplorarse las mamas.	12	10	6	67	141	14	1.67	1.07	2.02	1.49	-2.485*	236
12.Es desagradable autoexplorarse los pechos.	15	16	19	77	108	15	1.95	1.18	2.39	1.57	-4.016*	235
14.Las mujeres con buenos principios morales, se autoexploran las mamas.	58	32	36	42	54	28	2.99	1.54	4.16	2.05	-9.533*	222
20.Es mi responsabilidad cuidar mi salud por eso debo autoexplorar mis senos.	183	46	2	7	6	6	4.61	.85	4.88	4.34	-3.838*	244
31. Me siento tranquila si cuido la salud de mis pechos por eso los exploro.	126	65	16	14	6	23	4.28	1.02	4.62	3.98	-3.655*	227
36. Me agrada cuidar mi salud, por eso debe explorar mis senos.	146	71	7	8	12	6	4.36	1.04	4.73	4.03	-4.168*	244
37. No importa si no me autoexploro los senos, al fin y al cabo de algo me tengo que morir.	29	12	6	46	146	11	1.88	1.39	2.30	1.55	-2.974*	239
42. Es importante autoexplorarse los pechos.	14	6	7	43	167	13	1.55	1.08	4.64	4.24	-2.110*	237
43. No siempre es agradable autoexplorarse los senos pero se debe hacer.	159	53	3	8	17	10	4.37	1.15	4.38	3.09	-5.799*	240
44. No me gusta tocar mis senos.	94	79	20	23	26	8	3.79	1.34	2.79	1.99	-3.032*	242
45. No es relevante si no estoy informada acerca de cómo me debo autoexaminar mis mamas.	34	24	28	53	101	10	2.32	1.46	2.43	1.68	-4.060*	240
46. No se disfruta la vida si sólo estas pensando en autoexplorarte los senos cada mes.	23	39	20	37	113	18	2.23	1.45	2.29	1.30	-4.926*	232
47. me incomoda verme al espejo y hacerme una autoexploración de mis senos, pero lo hago por mi bien.	17	23	19	58	120	13	1.98	1.28	3.82	1.73	-9.049*	237

4. Es doloroso autoexplorarme las mamas.	59	41	24	40	77	9	2.85	1.61	2.72	1.45	-5.289*	441
5. Sólo las mujeres con muchos hijos deben explorar sus senos.	17	19	4	83	98	29	1.98	1.23	2.89	1.31	6.588*	221
6. Desde que se empieza a menstruar se deben revisar los pechos.	18	8	4	57	152	11	1.67	1.17	4.04	3.63	-1.498*	239
13. Las mujeres que no se autoexploran los pechos viven más tiempo.	87	67	13	15	22	46	3.89	1.32	2.11	1.21	-4.561*	204
17. A través del autocuidado de los senos el amor en la pareja aumenta.	5	5	16	56	131	37	1.58	.91	3.46	1.84	-5.927*	213
18. Violaré mis principios religiosos si me examino los pechos.	22	38	38	42	71	39	2.52	1.38	2.43	1.10	-6.983*	211
33. Demostraré mi autonomía si me autoexamino las mamas.	8	10	10	52	164	6	1.55	.99	3.95	2.72	-4.743*	244
34. No soy capaz en este momento de autoexplorarme los senos.	66	42	48	34	34	26	3.32	1.43	3.11	1.84	-4.611*	241
48. Aunque me sienta bien de salud de mis mamas debo revisarlas.	48	24	21	61	87	9	2.52	1.54	4.14	4.27	.620	243
49. La madurez de una mujer implica cuidar su salud y por eso se debe autoexplorar los pechos.	150	71	3	11	8	7	4.42	.97	4.26	3.34	-3.779*	244
50. Me puedo excitar si examino mis mamas.	118	75	10	20	20	6	4.02	1.28	2.83	1.48	-5.253*	244
51. No se enojará Dios si me autoexploro los senos.	21	16	10	58	134	11	1.88	1.29	2.94	1.55	-5.099*	239
52. Sólo debe tocarme los senos mi pareja.	55	18	14	40	109	14	2.45	1.65	3.13	1.10	-9.442*	236
53. Ofendo a Dios si me autoexploro los senos.	24	6	8	58	143	11	1.79	1.26	1.83	1.02	-7.151*	239
54. Si se piensa en la salud de los senos el amor en la pareja disminuye.	2	3	7	65	163	10	1.40	.69	1.94	1.18	-4.259*	240
55. Soy capaz de revisarme los senos correctamente sin ninguna ayuda.	4	6	8	53	162	17	1.44	.82	3.39	3.17	-.736	233
56. No necesito autoexplorarme los senos para saber que algo anda mal en ellos.	66	58	10	47	48	21	3.21	1.56	3.22	1.56	-7.181*	229
57. Me puedo lastimar se me toco constantemente los senos.	23	28	15	70	107	7	2.14	1.34	3.31	1.57	-6.813*	243
58. Sólo cuando me duelan los senos debo explorarlos.	26	18	5	83	93	25	2.12	1.34	2.86	1.21	-7.155*	225
59. Me daría miedo detectar alguna bolita en mis senos por eso no me autoexploro mis mamas.	20	7	4	78	130	11	1.78	1.18	3.63	1.24	-10.967*	239



16. Tengo confianza ante mis amigos para hablar del tema de la autoexploración de mis mamas.	66	66	41	30	20	27	3.57	1.28	4.33	2.72	-7.949*	223
19. Mis amigos me incitan a realizar la autoexploración de mis senos.	104	59	32	22	16	17	3.91	1.26	4.50	3.20	-5.438*	233
22. Hablo con mis amigos respecto al tema de la autoexploración de los senos.	28	29	28	52	87	26	2.37	1.42	3.45	1.34	-10.121*	224
23. No me importa lo que mis padres piensen si me autoexploro mis mamas.	74	49	51	31	28	17	3.47	1.37	4.53	2.30	-11.119*	233
26. Mis padres me permiten que me autoexploro los senos.	86	44	33	39	37	11	3.43	1.49	4.28	2.96	-5.264*	239
27. Mis amigos me han enseñado a ser responsable de mi salud por eso autoexploro mis pechos.	94	61	34	14	24	23	3.82	1.32	4.43	3.09	-5.367*	227
30. Mi madre me ha enseñado como autoexplorarme los senos.	54	43	41	32	57	23	3.02	1.53	4.20	2.05	-9.518*	227
66. Mi religión me ha enseñado que una mujer decente no debe tocarse los senos.	46	37	34	44	81	8	2.68	1.53	3.63	1.74	-8.032*	242
67. Cuando estoy con mis amigos hablamos mal de las mujeres que se autoexploran los senos.	10	12	11	66	139	12	1.69	1.06	1.83	1.59	-1.147	238
74. Mis padres toman en cuenta mis opiniones respecto al tema de la autoexploración de las mamas.	7	14	18	48	144	19	1.67	1.05	1.77	1.46	-1.493	231
76. Platico libremente con mi familia respecto al tema de autoexploración de los senos.	92	66	34	13	27	18	3.79	1.33	4.41	2.65	-6.882*	232
80. Fácilmente hablo de la autoexploración de los senos con mis padres.	103	63	32	17	28	7	3.81	1.36	4.35	2.67	-7.148*	243
81. Mis padres me han enseñado que es inmoral tocarse una misma los genitales.	77	65	29	24	43	12	3.46	1.48	4.46	2.07	-11.565*	238
82. Mi pareja se molesta si me toco yo misma los senos.	15	11	18	57	136	13	1.78	1.17	2.02	1.71	-1.341	237
28. Me angustia pensar que Dios se moleste conmigo si autoexploro mis mamas por eso no se si lo debo hacer.	16	7	20	58	131	18	1.79	1.16	2.35	1.61	-3.003*	232
38. Mi pareja me apoya en mis decisiones respecto al tema de autoexplorar mis mamas y eso me motiva a hacerlo.	12	4	11	62	154	7	1.59	1.01	2.18	1.27	-4.502*	243
39. No me importa si soy rechazada por mis amigos si me autoexploro los senos.	108	49	34	11	19	29	3.98	1.27	4.13	3.16	-3.375*	221
40. Si me autoexploro los senos mi pareja me dejará de amar.	117	54	36	10	24	9	3.95	1.30	4.54	3.07	-6.229*	241

68. Mi salud es más importante que lo que piensen los demás de mí si me autoexploro los senos.	12	1	23	40	150	24	1.61	1.05	2.06	1.43	-2.586*	226
77. Mi pareja me apoya en la decisión de autoexplorarme los senos.	150	67	6	3	18	6	4.34	1.11	4.68	3.57	-4.586*	244
78. Difícilmente logro expresar mis preocupaciones sobre la autoexploración de las mamas con mi familia.	105	55	38	14	21	17	3.90	1.29	4.12	2.91	-4.628*	233
83. Me importa mucho lo que mis padres piensan respecto de autoexplorarme los senos.	23	33	23	61	92	18	2.28	1.37	2.81	2.08	-2.594*	232
84. No me gustaría que mi pareja se enoje conmigo por autoexplorarme los senos.	34	44	59	44	57	12	2.81	1.37	3.73	2.42	-4.897*	238
85. Me avergüenza platicar con mis amigos sobre el tema de autoexploración de los senos por eso no lo hago.	57	21	46	39	74	19	2.72	1.54	4.00	1.71	-10.804*	231
86. El principal valor de mi religión es no tacarse una misma los senos y no quiero violarlo.	18	11	37	72	105	7	2.03	1.20	2.98	1.57	-5.851*	243
87. Soy independiente de lo que dice mi religión respecto al tema de la autoexploración de los senos por ello si me exploro.	16	1	17	51	154	11	1.64	1.10	2.48	1.25	-5.298*	239
89. No contradecir a mi religión y aunque no me deje autoexplorarme yo si lo haría.	130	72	20	13	10	5	4.22	1.07	4.50	3.62	-4.097*	245
90. Me gusta que otros decidan por mi la decisión de explorar mis senos.	227	55	23	15	17	23	4.06	1.25	4.22	3.26	-3.245*	227
69. Deseo realizarme una autoexploración de mis senos.	114	100	10	8	15	3	4.17	1.07	4.88	3.52	-8.271*	247
70. Planeo explorarme los senos todos los meses.	69	83	17	40	31	10	3.50	1.39	4.77	2.05	-19.919*	240
92. Pienso hacer una autoexploración de mis senos por lo menos una vez al mes.	111	104	8	8	11	8	4.22	.99	4.94	3.66	-8.805*	242
93. No quiero hacerme una autoexploración de mis senos nunca.	13	4	4	52	173	4	1.50	1.01	1.30	1.73	-2.550*	246
35. El año pasado me realicé la autoexploración de mis senos	46	64	15	39	70	16	2.90	1.56	2.94	3.27	.621	234
29. No exploro mis senos periódicamente.	60	66	6	43	56	19	3.13	1.57	3.08	2.55	-933	231
95. Yo autoexploro mis senos cuando me acuerdo.	57	61	12	60	50	10	3.06	1.51	2.86	2.82	-.068	240

## ANEXO 6

Cuestionario de opinión sobre la autoexploración de los senos.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD-IZTAPALAPA.

El presente cuestionario tiene la finalidad de analizar las opiniones que tienen las mujeres respecto a la autoexploración de los senos, ya que es un tema de salud de vital importancia. Queremos enfatizar que no es un examen, por lo tanto no hay respuestas buenas ni malas, sólo queremos tu opinión personal. Los datos que nos proporcionas son confidenciales y se usarán con fines estadísticos. Trata de no dejar respuestas en blanco.

A) Años cumplidos \_\_\_\_\_.

B) Escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Universidad ( )

C) Actualmente vives con tu pareja: Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Nunca ( ).

D) Religión \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que mujeres como tú nos han hecho sobre la autoexploración de los senos, cada afirmación tiene 6 opciones de respuesta. Marca con una "X" la opción que más se acerque a tu forma de pensar de acuerdo con las siguientes claves, en donde:

- 5= TA TOTAL MENTE DE ACUERDO.
- 4= A DE ACUERDO.
- 3= I INDIFERENTE.
- 2= D EN DESACUERDO
- 1= TD TOTALMENTE EN DESACUERDO.
- 9= NS NO SE / NO PUEDO CONTESTAR.

Ejemplo:

La salud de la mujer es muy importante. 5      4      3      2      ~~X~~      9

Si la persona considera que esto no es cierto y que no está de acuerdo, marcaría el número 1 lo que significa que está en total desacuerdo; pero si no pudiera contestar marcaría el número 9.

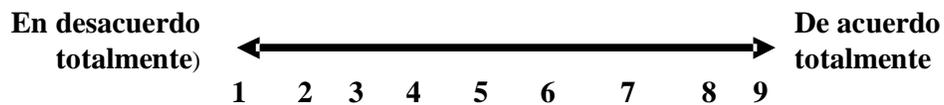
	TA	A	I	D	TD	NS
1. Es bueno autoexplorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
2. La autoexploración de las mamas ayuda a tener una vida más saludable.	5	4	3	2	1	9
3. Es doloroso autoexplorarse las mamas.	5	4	3	2	1	9
4. Sólo las mujeres con muchos hijos deben explorar sus senos	5	4	3	2	1	9
5 Las mujeres deben informarse como explorar sus senos.	5	4	3	2	1	9
6. Las mujeres decentes no se tocan los senos.	5	4	3	2	1	9
7. Las mujeres siempre deben autoexplorar sus senos.	5	4	3	2	1	9
8 Mis amigos dicen que es bueno autoexplorarse los senos.	5	4	3	2	1	9
9. Tengo confianza ante mis amigos para hablar del tema de la autoexploración de mis mamas.	5	4	3	2	1	9
10. Violaré mis principios religiosos si me examino los pechos..	5	4	3	2	1	9

11. Mis amigos me incitan a realizar la autoexploración de los senos.	5	4	3	2	1	9
12. Es mi responsabilidad cuidar mi salud por eso debo autoexplorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
13. Mi mamá me apoyaría en la decisión de explorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
14. Hablo con mis amigos respecto al tema de la exploración de los senos.	5	4	3	2	1	9
15. Mis padres me permiten que me autoexploro los senos.	5	4	3	2	1	9
16. Mis amigos me han enseñado a ser responsable de mi salud por eso autoexploro mis pechos.	5	4	3	2	1	9
17. Me angustia pensar que Dios se moleste conmigo si autoexploro mis mamas por eso no se si lo debo hacer.	5	4	3	2	1	9
18. No exploro mis senos periódicamente.	5	4	3	2	1	9
19. Mi madre me ha enseñado como autoexplorarme los senos.	5	4	3	2	1	9
20. Me siento tranquila si cuido la salud de mis pechos por eso los exploro.	5	4	3	2	1	9
21. El año pasado me realice la autoexploración de mis senos	5	4	3	2	1	9
22. Me agrada cuidar mi salud, por eso debo autoexplorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
23. .No importa si no me autoexploro los senos, al fin y al cabo de algo me tengo que morir.	5	4	3	2	1	9
24. Es importante autoexplorarse los pechos.	5	4	3	2	1	9
25. .No me gusta tocar mis senos.	5	4	3	2	1	9
26. Me puedo excitar si examino mis mamas.	5	4	3	2	1	9
27. Sólo debe tocarme los senos mi pareja.	5	4	3	2	1	9
28.No necesito autoexplorarme los senos para saber que algo anda mal en ellos.	5	4	3	2	1	9
29.Me puedo lastimar si me toco constantemente los senos	5	4	3	2	1	9
30. Sólo cuando me duelan los senos debo explorarlos.	5	4	3	2	1	9
31. Me daría miedo detectar alguna bolita en mis senos por eso no me autoexploro mis mamas.	5	4	3	2	1	9
32.Es suficiente explorar mis senos una vez en la vida.	5	4	3	2	1	9
33. Hasta que tenga más de 30 años debo explorar mis senos.	5	4	3	2	1	9
34.Deseo realizarme una autoexploración de mis senos.	5	4	3	2	1	9
35.Planeó explorarme los senos todos los meses.	5	4	3	2	1	9
36.Mi pareja pensará mal de mi. si me autoexploro los senos.	5	4	3	2	1	9
37. Creo que mi familia piensa que sólo mi pareja debe tocarme.	5	4	3	2	1	9
38. Mis padres toman en cuenta mis opiniones respecto al tema de la autoexploración de las mamas.	5	4	3	2	1	9
39. Mi pareja piensa que es el único que debe tocarme los senos.	5	4	3	2	1	9
40. Platico libremente con mi familia respecto al tema de autoexploración de los senos.	5	4	3	2	1	9
41. Mi pareja me apoya en la decisión de autoexplorarme los senos.	5	4	3	2	1	9
42. Si me autoexploro los senos puedo tener problemas con	5	4	3	2	1	9

mi pareja.						
43. Fácilmente hablo de la autoexploración de los senos con mis padres.	5	4	3	2	1	9
44. Mis padres me han enseñado que es inmoral tocarse una misma los genitales.	5	4	3	2	1	9
45. No me gustaría que mi pareja se enoje conmigo por autoexplotrarme los senos.	5	4	3	2	1	9
46. Me avergüenza platicar con mis amigos sobre el tema de autoexploración de los senos por eso no lo hago.	5	4	3	2	1	9
47. El principal valor de mi religión es no tocarse una misma los senos y no quiero violarlo.	5	4	3	2	1	9
48. Mi pareja piensa que si me autoexploro los senos puedo excitarme sola.	5	4	3	2	1	9
49. Pienso hacer una autoexploración de mis senos por lo menos una vez al mes.	5	4	3	2	1	9
50. No quiero hacerme una autoexploración de mis senos nunca.	5	4	3	2	1	9

## ESCALA DE ORIENTACIÓN SOCIAL

**Instrucciones.** En la línea de la derecha, califique del 1 al 9 qué tanto lo describe personalmente cada afirmación (como realmente es usted, no como quisiera ser), de acuerdo con los siguientes números:



Recuerde que la encuesta es anónima y que no hay respuestas correctas. Si tiene dudas, pregunte.

96.Me gusta tener privacidad.

97.Cuando tengo éxito, usualmente éste se debe a mis capacidades.

98.Disfruto ser único y diferente en muchos aspectos de los demás.

99.Prefiero ser siempre directo y franco cuando discuto con alguien.

100.El bienestar de mis compañeros es importante para mí.

101.Si un compañero recibiera un premio, estaría orgulloso.

102.Si un pariente estuviera en dificultades financieras, lo ayudaría hasta donde alcancen mis recursos.

103.Me siento bien cuando coopero con otros.

104. Es primordial para mí mantener la armonía dentro de mi grupo social  
\_\_\_\_\_.
105. Competir es una ley de la naturaleza  
\_\_\_\_\_.
106. Disfruto trabajar en situaciones que implican competir con otros  
\_\_\_\_\_.
107. Sin competencia, es imposible lograr una buena sociedad  
\_\_\_\_\_.
108. Ganar lo es todo  
\_\_\_\_\_.
109. Soy un individuo único  
\_\_\_\_\_.
110. Uno debería vivir su propia vida independiente de los demás  
\_\_\_\_\_.
111. Lo que me suceda es asunto mío  
\_\_\_\_\_.
112. Comparto pocas cosas con mis vecinos  
\_\_\_\_\_.
113. Podría sacrificar una actividad que disfrute mucho si mi familia no la acepta  
\_\_\_\_\_.
114. Podría hacer algo que me complaciera a mi familia, aún si detesto esa actividad  
\_\_\_\_\_.
115. Frecuentemente sacrifico mi propio interés en beneficio de mi grupo social  
\_\_\_\_\_.
116. Deberíamos mantener a nuestros padres en casa con nosotros cuando lleguen a ancianos  
\_\_\_\_\_.
117. Mi felicidad depende mucho de la felicidad de los que están cerca de mí  
\_\_\_\_\_.
118. Cuando otra persona hace las cosas mejor que yo, me tensa y me enciendo  
\_\_\_\_\_.
119. Me molesto cuando otra gente hace las cosas mejor que yo  
\_\_\_\_\_.
120. Detesto estar en desacuerdo con los demás dentro de mi grupo social  
\_\_\_\_\_.
121. Los niños deben ser enseñados a poner sus obligaciones antes que la diversión  
\_\_\_\_\_.
122. Es importante hacer mi trabajo mejor que los demás  
\_\_\_\_\_.
123. Los hijos deberían sentirse honrados personalmente si sus padres recibieran un premio  
\_\_\_\_\_ reconocido socialmente
124. Algunas personas exaltan el hecho de ganar; yo no soy uno de ellos  
\_\_\_\_\_.
125. Para mí, disfrutar es pasar el tiempo con otros  
\_\_\_\_\_.
126. Antes de comenzar un viaje largo, me informo con la mayoría de mi familia y muchos amigos  
\_\_\_\_\_.
127. Casi siempre me ocupo de mis propias cosas  
\_\_\_\_\_.

## ANEXO 7

Total de varianza explicada  
Escala de creencias actitudinales

Evaluación inicial				Rotación sumas de cargas al cuadrado		
Component	Total	% de Varianza	acomulado %	Total	% de Varianza	Acomulado %
1	4,362	36,348	36,348	3,275	27,295	27,295
2	1,216	10,132	46,480	2,112	17,600	44,895
3	1,135	9,455	55,935	1,325	11,040	55,935
4	,880	7,337	63,272			
5	,791	6,588	69,861			
6	,698	5,821	75,681			
7	,633	5,275	80,956			
8	,579	4,825	85,781			
9	,516	4,303	90,084			
10	,468	3,896	93,980			
11	,409	3,408	97,388			
12	,313	2,612	100,000			

Método de extracción: Análisis de componente principal.

Componente Matriz

Componente

	1	2	3
solo cuando me duelan los senos debo explorarlos	,739		
es suficiente explorar mis senos una vez en mi vida	,692		-,334
me puedo lastimar si me toco constantemente los senos	,684		
Solo las mujeres con muchos hijos deben explorar sus senos	,659		,372
me daría miedo detectar alguna bolita en mis senos por eso no me autoexploro mis mamas	,646		
solo debe tocarme los senos mi pareja	,638	,410	
no necesito autoexplorarme los senos para saber que algo anda mal en ellos	,632		,354
hasta que tenga mas de 30 años debo explorar mis senos	,617		-,365
violare mis principios religiosos si me examino los pechos	,594	-,319	
me puedo exitar si examino mis mamas	,524	-,312	
aunque no sea señora debo autoexaminar mis mamas		,813	
es doloroso autoexplorarse las mamas	,448		,699

Método de extracción: Análisis del principal componente.

Por 3 componentes extraídos.

## ANEXO 8

Total de varianza explicada  
Escala de creencias hacia la norma subjetiva.

Evaluación inicial				Rotación sumas de cargas al cuadrado		
Component	Total	% de varianza	acumulado%	Total	% de Varianza	acumulado %
1	3,196	53,271	53,271	3,196	53,271	53,271
2	,932	15,529	68,800			
3	,606	10,094	78,894			
4	,554	9,226	88,120			
5	,368	6,141	94,261			
6	,344	5,739	100,000			

Método de extracción: Análisis de componente principal.

Componente Matriz

Componente

1

si me autoexploro los senos puedo tener problemas con mi pareja	,792
mi pareja pensara mal de mi se autoexploro mis senos	,792
creo que mi familia piensa que solo mi pareja debe tocarme	,767
mi pareja piensa que es el único que debe tocarme los senos	,743
mi pareja piensa que si me autoexploro los senos puedo excitarme sola	,695
mi mama me apoyaría en la decisión de explorar mis senos	,566

Método de extracción: Análisis del principal componente.  
por 1 componente extraído.

## ANEXO 9.

Total de varianza explicada  
Escala de actitudes.

Evaluación inicial			Rotación sumas de cargas al cuadrado			
Component	Total	% de Varianza	Acumulado%	Total	% de Varianza	Acumulado %
1	4,281	38,922	38,922	3,000	27,276	27,276
2	1,457	13,246	52,168	1,998	18,163	45,439
3	1,114	10,129	62,297	1,854	16,858	62,297
4	,771	7,008	69,305			
5	,705	6,412	75,717			
6	,613	5,569	81,286			
7	,560	5,089	86,375			
8	,520	4,729	91,103			
9	,425	3,860	94,963			
10	,361	3,283	98,246			
11	,193	1,754	100,000			

Método de extracción: Análisis de componente principal.

Componente Matriz

Componente

	1	2	3
la autoexploracion de las mamas ayuda a tener una vida mas saludable	,763	-,365	
es mi responsabilidad cuidar mi salud por eso debo autoexplorar mis senos	,729	-,314	
es bueno explorar mis senos	,704	-,470	
las mujeres deben informarse como explorar sus senos	,670	-,362	-,302
las mujeres siempre deben autoexplorar sus senos	,630		
es importante autoexplorarse los pechos	,619	,353	,307
las mujeres decentes no se tocan los senos	,575	,355	-,311
no importa si no me autoexploro los senos al fin y al cabo de algo me tengo que morir	,570	,540	-,301
me agrada cuidar mi salud por eso debo autoexplorar mis senos	,558		,458
no me gusta tocar mis senos	,516	,391	-,450
me siento tranquila si cuido la salud de mis pechos por eso los exploro	,460		,564

Método de extracción: Análisis del principal componente.  
por 3 componentes extraídos.

ANEXO 10  
Total de varianza explicada  
Escala de norma subjetiva percibida.

Evaluación inicial				Rotación sumas de cargas al cuadrado		
Component	Total	% de Varianza	acumulado %	Total	% de Varianza	Acumulado %
1	3,541	32,189	32,189	2,534	23,036	23,036
2	1,306	11,870	44,059	1,777	16,158	39,195
3	1,129	10,259	54,318	1,664	15,123	54,318
4	,936	8,507	62,826			
5	,813	7,390	70,216			
6	,746	6,786	77,001			
7	,645	5,866	82,868			
8	,615	5,589	88,456			
9	,538	4,894	93,351			
10	,436	3,963	97,313			
11	,296	2,687	100,000			

Método de extracción: Análisis de componente principal.

Componente Matriz

	Componente		
	1	2	3
hablo con mis amigos respecto al tema de la exploracion de los senos	,665		
mis padres me permiten que me autoexploro los senos	,662		-,331
platico libremente con mi familia respecto al tema de autoexploracion de los senos	,654		,331
tengo confianza ante mis amigos para hablar del tema de la autoexploracion de mis mamas	,654		-,368
facilmente hablo de la autoexploracion de los senos con mis padres	,627		
mis amigos dicen que es bueno autoexplorarse los senos	,621		
mis padres toman en cuenta mis opiniones respecto al tema de la autoexploracion de las mamas	,534		,400
mis amigos me incitan a realizar la autoexploracion de los senos	,498	,336	
mis padres me han enseñado que es inmoral tocarse una misma los genitales	,361	-,743	
mis amigos me han enseñado a ser responsable de mi salud por eso autoexploro mis pechos	,497	,500	
mi madre me ha enseñado como autoexplorarme los senos	,340	,322	,599

Método de extracción: Análisis del principal componente.  
por 3 componentes extraídos.

## ANEXO 11

### Total de varianza explicada

Evaluación inicial Componente	Total	Rotación sumas de cargas al cuadrado		Total	% de Acumulad	
		Varianza	%		Varianza	%
1	2,187	54,686	54,686	2,187	54,686	54,686
2	,860	21,503	76,189			
3	,563	14,086	90,275			
4	,389	9,725	100,000			

Método de extracción: Análisis de componente principal.

### Componente Matriz

	Componente	
	1	
pienso hacer una autoexploración de mis senos por lo menos una vez al mes		,857
no quiero hacerme una autoexploracion de mis senos nunca		,798
deseo realizarme una autoexploracion de mis senos		,730
planeo explorarme los senos todos los meses		,532

Método de extracción: Análisis del principal componente.  
por 1 componente extraído.

## ANEXO 12

### Total de varianza explicada

Evaluación inicial		Rotación sumas de cargas al cuadrado				
Componente	Total	% de	% de	Total	% de	Acumulado
		Varianza	%		Varianza	%
1	1,269	63,474	63,474	1,269	63,474	63,474
2	,731	36,526	100,000			

Método de extracción: Análisis de componente principal.

### Componente Matriz

	Componente
	1
el año pasado me realice la autoexploracion de mis senos	,797
no exploro mis senos periodicamente	,797

Método de extracción: Análisis del principal componente.  
por 1 componente extraído.

## ANEXO 13

### ♀1. Dinámica Detección de expectativas.

Usos: Es importante para la formación de la comunidad de aprendizaje, que el instructor cuente con la posibilidad de determinar la expectativas de los participantes. Este ejercicio además de auxiliarnos en tal propósito, nos ayuda a mover físicamente al grupo, para evitar desviaciones en los fines de la tarea.

- Determina las expectativas del grupo con relación al evento que se trate.
- Verifica las posibles discrepancias con relación a los objetivos.
- Minimiza los efectos de los conlaves informales.

Recursos Materiales:

Sala, Sillas, lápices, hojas de papel, Pizarrón y plumones.

Duración: 1 hora.

Tamaño del Grupo: 17 participantes.

Disposición del grupo:

Primero en forma individual y posteriormente se forman grupos de tres personas.

Desarrollo:

Se pide a los participantes en este caso a las participantes que contesten en forma individual sobre las hojas que fueron repartidas anteriormente y con sus respectivos lápices las siguientes preguntas :

¿Por qué estoy aquí?

¿Qué me gustaría aprender?

¿Qué pienso aportar?

¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el taller?

¿Qué me gustaría que si ocurriera durante el taller?

Una vez que respondieron las preguntas, se les pide que formen grupos de tres o cuatro, comenzando a enumerar a las participantes del 1 al 3 ò 4, se les pide que platiquen como es que respondieron a las preguntas, posteriormente se les pide que traten de llegar a un consenso, Una vez que lo hicieron se le pide a un representante de cada grupo que pase al pizarrón y escriba las respuestas que decidieron darle a cada pregunta y si el coordinador (a) nota que existen discrepancias, las aclara para que el objetivo (s) del taller quede o queden bien claro.

Nota: En el caso del taller de autoexploración las expectativas de las participantes coincidían con los objetivos del taller.

## ♀<sub>2</sub> Dinámica Islas.

Usos: Permite analizar el manejo de valores personales desde la propia historia o condicionamientos sociales. Además de lograr manifestar los valores personales y las creencia que se tiene hacia un objeto.

Recursos materiales:

Salón iluminado, papel, lápices, pizarrón, sillas.

Duración: 1 hora 15 minutos.

Tamaño del grupo: 17 participantes.

Disposición del grupo: Equipos de 6 a 8 personas en círculos.

Instrucciones específicas: El (a) coordinador narra la historia:

“Hay dos islas separadas por un mar lleno de tiburones. En la primera isla viven una muchacha de 22 años y su mamá. En la segunda viven su novio de la muchacha y un amigo del novio. La única forma de pasar de una isla a otra es una barca a cargo de un lancharo. Un día que la muchacha quería ir a la otra isla para casarse con su novio, fue a ver al lancharo el cual era un sabio para que la llevara. El lancharo le dijo que con mucho gusto la llevara pero le habló del tema de la autoexploración de los senos, lo que prevenía y las consecuencias de no hacerla, también le explicó como hacerla y a cambio de llevarla le pedía que la realizara antes de cruzar y durante toda su vida cada mes. La muchacha le contó a su mamá lo sucedido y de preguntó que hacía.

La mamá le dijo: Hija, esta decisión te corresponde a ti, haz lo que creas conveniente.

La muchacha pagó el precio al lancharo y éste la llevó a la otra isla. Apenas llegó ahí, la muchacha le contó todo al novio. Entonces este le dijo: Así ya no me puedo casar contigo.

En ese momento se acercó a la muchacha el amigo del novio y le dijo: Yo siempre te he querido mucho; me da tristeza que te hayas quedado así, cástate conmigo.”

Desarrollo:

Cada persona debe identificarse con cada uno de los personajes en orden jerárquico, le asignará el número 1 con el que más se identifique y así sucesivamente hasta el quinto.

Posteriormente se forman los equipos y se deben poner de acuerdo para la jerarquización. Después de 5 minutos se vuelve a hacer una jerarquización personal para comparar las decisiones de cada participante y ver que tan flexibles son para cambiar los valores que ya poseen.

Nota: La historia fue brevemente cambiada para acoplarla a el tema que se esta tratando en el taller el cual es el de la autoexploración de los senos, ya que originalmente la historia trata de las relaciones sexuales.

### ♀3 Dinámica Derechos Asertivos.

Usos: Desarrolla las posibilidades de autoconocimiento y ejercicio asertivo de la autoconfianza. Propia en la exploración de la autoafirmación, sus alcances y límites.

Recursos Materiales:

Salón, hojas carta, lápices y pizarrón.

Duración: 45 minutos.

Tamaño del grupo: ilimitado.

Disposición del grupo: -primero individual  
- posteriormente en grupos.

Instrucciones específicas: Ninguna.

Desarrollo: -Se solicita a los participantes que identifique individualmente los derechos que cree tener en la familia, trabajo y sociedad.

- Se forman subgrupos y se pide que traten de destacar, con las contribuciones de cada participante, por lo menos 5 derechos que los subgrupos creen tener.
- Cuando terminan son leídas las conclusiones subgrupales pidiendo que se aclaren los puntos oscuros.
- El instructor pide entonces que dado que lograron determinar estos derechos, pase a determinar aquellos que creen tener los miembros de su familia, trabajo y sociedad.
- Se repite el proceso y se concluye.

### ♀4 Dinámica teléfono descompuesto.

Usos: Objetivizar la información a través de su distorsión desde su fuente original hasta su destino final.

Recursos materiales: - El mensaje que se va a transmitir ( De todos los tipos de cáncer, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte a nivel mundial seguido del cáncer Cerviño- uterino. Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar del total de muertes. El cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo).

- Pizarrón
- Un salón amplio en que se puedan aislar a las participantes.

Duración: 45 minutos.

Tamaño del grupo: Ilimitado.

Disposición del grupo: Libre.

Instrucciones específicas: Llevar el mensaje grabado o escrito.

Desarrollo: - Se piden 6 voluntarios y se enumeran. Cinco salen del salón.

- El uno da el mensaje en el oído al dos y así sucesivamente.
- El último escribe el mensaje y se compara con el original.

En este caso se pudo constatar que no toda la infamación que recibimos acerca de la autoexploración de los senos es la correcta y por lo tanto se debe de fijar cada mujer de que fuente proviene la información y estar constantemente informada de los avances en el tema.

♀5 Dinámica Cambio y crecimiento personal.

Usos: - Analiza el cambio personal dentro de la dualidad oportunidad- amenaza.

- Identifica las fuerzas y debilidades para lograr el cambio.
- Reconoce los obstáculos para lograr los cambios personales.

Recursos Materiales: Salón, pizarrón, hojas y lápices.

Duración: 1 hora.

Tamaño del grupo: 20 personas.

Desarrollo: Se reparten hojas con el siguiente texto:

Una vez que se ha hablado de los valores que reinan en nuestra familia y sociedad, de los derechos que poseemos como personas y a los que estamos dispuestos a dar, y de cómo no toda la infamación acerca de la autoexploración que poseemos no es del todo certera y desde luego aplicando el mas alto grado de certeza personal que le quepa poseer, podrías decirnos que cambios personales le gustaría realizar en su trabajo, familia y sociedad respecto al tema.

¿Cómo se dio cuenta de querer hacer estos cambios?

¿Que implican estos deseos de cambio?

¿Qué obstáculos tendrá que vencer para lograrlos?

¿Cómo crees que te ayudará este taller para vencerlos?

La mayoría de las mujeres aseguro querer cambiar, los tabúes que existen respecto al tema de la autoexploración y que exista mas comunicación con la familia y a su vez se

respete la privacidad de cada miembro de la familia y lo más importante es que como no saben como realizarse una autoexploración de los senos les gustará aprender para así hacerlo y mejorar su calidad de vida a través del autocuidado de la misma.

♀6 Dinámica Proporcionando información acerca de la autoexploración.

Usos: permite que las participantes conozcan la definición de cáncer de mama, las estadísticas que revelan que es un problema que se incrementa día con día y que ninguna mujer puede decirse estar exenta del problema, y lo más importante es que permite a las mujeres realizar la autoexploración en el taller y que no exista la menor duda de cómo se realiza, y desde luego hacer conciencia en cada una de ellas que la responsabilidad, el derecho y los beneficios son para ellas y no para ninguno de los seres que ellas consideren importantes.

Recursos materiales: Esquemas que ayuden a entender mejor los términos médicos, tales como la ilustración de la glándula mamaria y sus componentes, Pizarrón, plumones para pizarrón, una sábana o colchoneta.

Duración: 2 horas.

Disposición del grupo: libre.

Tamaño del grupo: ilimitado.

Indicaciones específicas: El instructor proporciona toda la información acerca de la autoexploración de los senos y explica los términos que no se entiendan y lleva a cabo una autoexploración de los senos.

Desarrollo: El instructor elabora una explicación de lo que implica la autoexploración.

“En la mayoría de las personas se presenta una negativa ante la idea de tener cáncer, sin embargo el cáncer es uno de los principales problemas de salud pública, ya que a pesar de los avances en investigación y tratamiento, anualmente fallecen más de seis millones de personas en el mundo; la enfermedad se presenta en el momento menos esperado, no respeta ni edad, sexo, clase social, profesión, etc; es por ello, que se considera como una enfermedad de la que nadie puede afirmar estar libre.

En México, por ejemplo, las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en población general –después de las cardiovasculares-. A partir de la década de los noventa, los tumores malignos aumentaron considerablemente en mexicanos mayores de 30 años, y según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de ese año, el cervico-uterino ocupaba el primer lugar con 22 mil casos por año. A su vez, se detectaron 11 mil 139 casos por carcinoma de mama; 6 mil 146 de próstata, y 4 mil 594 de ganglios linfáticos en población general. Del total de los casos de cáncer, 63.5 % correspondieron al sexo femenino y 35.3 % al masculino.(Rojas 2001:6)

En opinión del doctor Jaime de la Garza Salazar, director del Instituto Nacional de Cancerología (INC), los casos de muerte en mujeres entre 30 y 60 años ocurren en mayor número por cáncer cervico-

uterino con 22.2% y de mama con 16.4%. “Lamentablemente, 6 de cada 10 mujeres fallecen diariamente por cáncer avanzado de éstos tipos”. (Rojas 2001:6).

En México particularmente, un intento serio de registro de tumores, es el que llevó a cabo la Dirección General de Epidemiología de la S.S.A, en 1982: el registro Nacional de Cáncer que abarca de 1982 a 1988 e incluye los reportes de instituciones de salud tanto públicas como privadas. En este estudio se refiere la frecuencia de todos y cada uno de los tipos de cáncer en el D.F, encontrándose que el cáncer de cerviz es el que ocupa el primer lugar con un 18.6% seguido por el cáncer de mama con un 10.8 %

Las teorías que por sus bases científicas se han mantenido vigentes y que hasta ahora constituyen los principios de las concepciones contemporáneas acerca del origen del cáncer son: a) Teoría vírico genética o de los oncógenos. Se basa en la premisa de que los virus como causantes de diversas enfermedades lo pueden ser también del cáncer; cuando se integran al genoma de la célula dan lugar a transformaciones neoplásicas.

b) Teoría de los carcinógenos químicos. Se refiere a que diversos productos químicos son agentes carcinógenos cuando tienen una conversión metabólica o “activación” como la llama Paterson (1982) y su efecto es blastógeno

De hecho en la Conferencia Mundial de Cáncer, llevada a cabo entre el 13 y 17 de julio de 1997 en Canadá se trató el tema de que existe una relación directa entre el modo como estamos envenenando la tierra y el desenfrenado aumento de cánceres de todo tipo y que productos químicos tan venenosos como el cloro, son metabolizados por nuestros cuerpos como estrógenos cancerígenos y se introducen en nuestra cotidianeidad en la forma de

bloqueadores, botellas plásticas, agua “potable”, y disolventes y pesticidas como el endosulfán, entre otros. (Mujer Fempress 97: 1999)

Teoría polietiológica y carcinógenos diversos. En estas se habla de que las enfermedades oncológicas pueden ser provocadas por diversos factores físicos, químicos y biológicos y dependiendo de las condiciones en que se encuentra el organismo (Pérez 1984).

Hablar de cáncer es siempre una situación seria, y para una mujer resulta aterradora la idea de padecer cáncer de mama, no sólo por el hecho de padecerlo, sino que inmediatamente asocia dicha situación a una mutilación –parcial o total- de la glándula mamaria y en ocasiones a la idea de muerte.

Aunque algunas mujeres prefieren vivir sin un miembro de su cuerpo a no vivir, la realidad es que los senos tienen una importancia significativa para toda mujer, no sólo por el hecho de que cumplen una función tan importante como la de amamantar, sino también, cumplen una función esencial dentro de la sexualidad, y desde luego con la imagen corporal; de ahí que una gran parte de las mujeres se rehúsen a perder una o ambas glándulas.

Lo más importante, es que este tipo de cáncer, como muchos otros, es curable si se detecta a tiempo; sin embargo, las estadísticas, marcan una tendencia de aumento en los casos de cáncer de mama.

Anatomía de la mama.

En el ser humano, específicamente en la mujer, el desarrollo de las mamas se inicia en la pubertad, continua durante la adolescencia y alcanza su máximo desarrollo cuando el crecimiento corporal termina. Los cambios normales que manifiestan son un aumento de volumen y la salida de secreción de colostro y leche materna por el pezón durante el embarazo y la lactancia. Cabe señalar que antes de menstruar algunas mujeres experimentan una sensación de dolor, aumento de volumen y, en ocasiones la presencia de nódulos en los senos. (Langer 1996:328).

La glándula mamaria humana es un órgano porque se encuentra en la cara anterior del tórax, su topografía varía dependiendo de la edad, estado fisiológico y de la cantidad de grasa que contenga; sin embargo, en términos generales, está limitada hacia arriba por la clavícula, hacia abajo hasta el séptimo espacio intercostal, por dentro por la línea media y hacia fuera por el músculo dorsal ancho. Profundamente está limitada por la aponeurosis del músculo pectoral mayor, posee una prolongación axilar llamada cola de Spence que llega a la axila, penetrando por la aponeurosis axilar. (Torres 1999:79).

Particularmente en la mujer, la mama tiene forma cónica protuberante distintiva y singular – se considera inclusive diferenciador entre el sexo femenino y el masculino-, es notorio sobre todo en las mujeres jóvenes y sin hijos, conforme la edad aumenta, suelen aplanarse un poco y tornarse péndulas y menos firmes. Frecuentemente hay una pequeña diferencia en el tamaño de ambas mamas, pero esto es normal; en general la dimensión depende proporcionalmente a la constitución de la mujer (Haagensen citado en Pimentel 1995:32).

Internamente la mama o seno, está formado por cuatro tipos de tejido: glandular, fibroso y graso y de los conductos, cada uno con diferentes funciones pero relacionados entre sí para cumplir la función total del mismo como glándula. Fisiológicamente, su función principal es la de producir y secretar leche durante y después del embarazo (Cope 1978:31). En esta etapa se muestra la ilustración de la anatomía de la mama y desde luego el instructor debe estudiarla previamente y entenderla para aclarar dudas.

Lamentablemente la incidencia de cáncer de mama sigue aumentando y los esfuerzos considerados anteriormente no han servido para evitar esto. Tan sólo el cáncer de mama y el cervicouterino son responsables de una cuarta parte de las defunciones por cáncer en la mujer en todo el mundo (Florez 1999:3). The American Cancer Society registraba 106.900 casos nuevos y 35000 muertes en 1979, para 1983 calculaba 114.000 casos nuevos y 37.000 muertes (Álvarez 1987:1)

El 94% de los casos de cáncer de mama ocurren en el sexo femenino y la frecuencia en varones se informa entre uno y dos por ciento.

Sólo 0.09 % de cánceres de mama se presenta antes de los 20 años, 1.8 % antes de los 30,

mientras que 75 % aparece después de los 40 años de edad, y su frecuencia máxima se halla entre 45 y 59 años de edad.

El INEGI reporta que en 1993 fallecieron 2,718 mujeres por esta enfermedad y se incrementó la cifra en casi un 16 % para el 97, año en que murieron 3.220 mujeres. “En 98 se registraron 9300 casos y murieron 3.500 mujeres, lo cual significa 9.5 muertes por día por este padecimiento. Actualmente cada 2 horas 40 minutos muere una mujer por esta enfermedad, es decir, 10 muertes al día 45% de los casos representaron a mujeres de 45 años.

#### FACTORES DE RIESGO.

EDAD	MAYOR DE 35 AÑOS
HISTORIA FAMILIAR	PRESENTE
NULIPARIDAD	PRESENTE
EDAD EN QUE OCURRE EL PRIMER EMBARAZO	DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS.
RAZA	BLANCA
ANTECEDENTES DE PADECIMIENTOS MAMARIOS BENIGNOS.	PRESENTE
EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN	ANTES DE LOS 12 AÑOS.
EDAD DE LA MENOPAUSIA	MAYOR DE 45 AÑOS.
USO DE MEDICAMENTOS (ESTRÓGENOS)	ALTAS DOSIS.
DIABETES Y OBESIDAD	PRESENTE.
HÁBITOS DIETÉTICOS (INGESTIÓN DE GRASAS SATURADAS, TABAQUISMO Y ALCOHOL.	PRESENTE.

#### Patologías más comunes.

Los problemas más comunes que afectan a los senos o mamas, son las alteraciones fibroquísticas que, consisten en una exageración de los cambios que se dan en el seno cada ciclo menstrual durante la fase activa de la vida ovárica menstrual, es por eso que disminuyen con la menopausia . Estos trastornos se pueden manifestar de diferentes formas según sea el tejido que mas reaccione al estímulo, que puede ser el tejido fibroso, glandular o de los conductos, en la mayoría de los casos se remedian con el embarazo, la menopausia o incluso con la disminución de la tensión provocada por una vida agitada (Cope1978: 36)

Los trastornos fibroquísticos pueden alterarse cuando el ciclo mensual se vuelve irregular, particularmente si el intervalo se prolonga. Si la ovulación no se presenta, el fluido puede acumularse y formar quistes o rellenarlos. La preparación normal para la preñez y la lactancia presenta una sobrecarga funcional que puede dar lugar a endurecimientos y nódulos. El seno a diferencia del útero, no elimina con

rapidez su separación para el embarazo pues tiene que reabsorber las células, en cambio el útero los elimina con la menstruación.

Los nódulos que se forman en los senos pueden deberse a la retención de fluidos ó a la proliferación de células y se les llama quistes; generalmente son pequeños y múltiples, aunque pueden llegar a crecer tanto como una pelota de golf o más y son fácilmente palpables al tacto. Estos quistes son llamados “Hiperplasias” que significa mayor número de células y están sujetos a control hormonal.

Diferentes a éstas, están las neoplasias que significa tejido nuevo y son originadas por un crecimiento desenfrenado de las células. Estas nuevas formaciones celulares pueden ser benignas o malignas; las primeras están constituidas por una cápsula y los problemas que causan sólo se relacionan con la presión que ejercen y la preocupación que genera su naturaleza. Las células malignas desconocen toda barrera e invaden los tejidos mamarios y de otras partes del cuerpo interfiriendo con el funcionamiento de los órganos conforme va creciendo.

Las neoplasias malignas de los senos, de crecimiento desenfrenado, son de dos tipos: sarcomas y carcinomas. Cada uno de ellos se origina en un tejido diferente y tiene una evolución biológica distinta.

Sarcoma: se caracteriza por ser un crecimiento desenfrenado del tejido fibroso y es típico que se presente en las adolescentes y en las mujeres jóvenes; son raros pero no hay que dejarlos sin tomar en cuenta que por lo general crecen rápidamente y son invasivos; sus células se difunden tempranamente a todo el cuerpo a través de la corriente sanguínea.

Carcinoma: es el término que se aplica a los tumores malignos originados en tejidos especializados, como los conductos y las glándulas. Es típico que los carcinomas se extiendan en forma desordenada a lo largo de líneas que, con un poco de imaginación, semejan a las patas de un cangrejo. No sólo se extienden localmente sino que, por diversas rutas, viajan en la sangre y en la linfa a lo largo de los nervios hasta invadir otras partes del cuerpo. En contraste con los sarcomas, estos tumores se presentan en personas de edad avanzada. (Cope 1978:31).

Existen diversos tipos de carcinoma mamario, entre los tipos principales se encuentran:

- a) Cáncer nodular: es el que se registra con mayor frecuencia; su principal característica es el denominado síntoma de “queso” que es de gran importancia para el diagnóstico diferencial, además de secreción ocasionada por la presión del tumor.
- b) Cáncer infiltrativo: éste se infiltra en los tejidos de la mama provocando bloque en las vías linfáticas, que a su vez provoca además, inflamación y ulceraciones; una parte de la mama o toda la glándula está difusamente densa y la piel tiene aspecto de corteza de naranja o de limón; se distingue por el desarrollo precoz y exuberante de metástasis; existen 2 tipos principales que son el crispeloide o inflamatorio y el infiltrativo edematoso.

- c) Enfermedad de Paget o cáncer del pezón: es la forma menos frecuente, el tumor se localiza debajo del pezón y crece hacia la profundidad de la mama provocando su retracción y alteraciones en la piel.
- d) Cáncer de Ackerman : éste se clasifica en cuatro tipos. En el I, las células crecen lentamente y carecen de poder invasor; el tipo II, el crecimiento es lento pero con poder invasor fuera del tumor original; el tipo III, se concentra en los conductos y nódulos que drenan la mama, se diseminan en toda la glándula y puede invadir a distancia con gran rapidez; en el tipo IV, las células cancerosas del tumor, se diseminan principalmente por vía sanguínea, por lo que invaden el organismo rápidamente (Cope 1978: 36).

Estudios para el diagnóstico.

Presentar una tumoración en el seno estresa completamente a la mujer por lo que es necesario que acuda al médico especialista para que le dé un diagnóstico preciso del mismo, para ello cuenta con todos los estudios que utilizan con los pacientes oncológicos en general, aunque en el caso del cáncer de mama cuenta con formas precisas como son:

- a) El examen clínico; constituido por: anamnesis, que es la historia clínica de la paciente y en la que se consideran los factores de riesgo de padecerlo; inspección, directamente sobre la zona afectada para identificar los síntomas que presenta y la palpación con el fin de identificar la zona en que se ubica y poder precisar sus características y dimensiones.
- b) Mamografía o mastografía: es el estudio radiológico de las mamas, muy preciso, y se usa cuando hay signos clínicos que hagan sospechas de cáncer al presentarse algún nódulo independientemente de la edad. Este estudio es recomendado como control anual a las mujeres después de los 35 años aproximadamente. Consiste en tomar radiografía de las mamas con una técnica específica y un aparato especialmente diseñado para ello y tiene por objeto obtener las imágenes radiográficas con un mínimo posible de radiación a la glándula.
- c) Citología: al confirmarse la presencia de tumor con la mamografía se realiza el estudio citológico de muestras tomadas directamente de las secreciones de la lesión o del tumor.
- d) Biopsia: que puede ser por punción tomando muestras del tumor o bien la ablación del tumor que es la extirpación del mismo para su estudio.
- e) Ultrasonido o ecografía: es uno de los medios mas recientes que consiste en la obtención de la imagen del órgano empleando la técnica del eco pulsátil.
- f) Autoexamen: es de los más importantes y mas simples pero a la vez el menos usado, por la falta de información a la población en general. Consiste en la inspección que hace la mujer de sus propios senos.

En esta última sección se pide a dos voluntarias que pasen al centro y se les pide que actúen como si la una fuera el reflejo de la otra en un espejo y se les enseña la dinámica de autoexploración que a continuación se muestra

♀7 ♀8. Dinámica de clausura y entrega de diplomas.

Usos: permite cierto grado de catarsis al finalizar el taller.

- Ayuda a detectar el nivel emocional que alcanza a llegar el grupo.
- Convierte una clausura o cierre de encuentro de intercambio formal a una reciprocidad más íntima del grupo.

Recursos Materiales: Salón y Diplomas.

Duración: 30 minutos.

Tamaño del grupo: 16 a 18 personas.

Disposición del grupo: Libre.

Instrucciones específicas: El instructor motiva y dice lo que debe ser la entrega de diplomas.

Desarrollo: El instructor dice que expectativas que logró, lo que el grupo despertó en el y da las gracias por su participación y por las experiencias compartidas la confianza y dedicación y desde luego da las gracias.

Posteriormente pide que todas y cada una de las participantes haga lo mismo.

Por último les anuncia la entrega de unos Diplomas y pide respeto y un cordial aplauso para todas y cada una de las participantes. Se van nombrando en orden alfabético a las participantes y se les entrega el Diploma. (se muestra en la siguiente `pagina).

Nota: En la carta descriptiva no estaba contemplada la participación de un ginecólogo, pero en el transcurso de la intervención se presentó y al final de la entrega de diplomas el médico especialista les realizó una auscultación a todas y cada una de las participantes.

## ¿Cuáles son los primeros síntomas de la enfermedad?

Si se presenta la enfermedad, la mujer puede presentar cualquiera de las siguientes señales:

- \* Aparición de bolitas en cualquier parte de las mamas.
- \* Dolor en las mamas.
- \* Enrojecimiento de la piel de los senos.
- \* Disminución del tamaño y consistencia de uno de los senos.
- \* Pezones retraídos, con comezón o pezones de los que salen secreciones.

## ¿Qué mujeres tienen mayor peligro de enfermarse de cáncer en las mamas?

Las mujeres que tienen mayor peligro de padecer este tipo de cáncer son aquellas que:

- ✕e Tienen antecedentes familiares de cáncer mamario.
- ✕e Tuvieron su primer hijo después de los 35 años.
- ✕e Padecen de obesidad o Diabetes Mellitus.
- ✕e Iniciaron la menstruación a temprana edad y con menopausia tardía.
- ✕e Poseen niveles elevados de estrógenos (hormonas femeninas) provenientes, la mayoría de las veces, por automedicación de estrógenos en dosis no apropiadas para la persona.

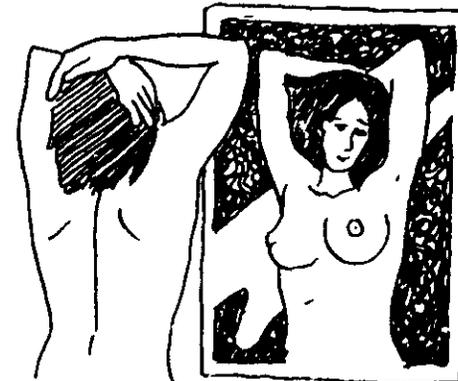
## ¿Cómo se puede detectar la enfermedad?

- \* El estudio más importante es la autoexploración manual de ambos senos.
- \* Deberán realizar esta exploración como rutina frecuente todas las mujeres a partir de los 15 años.
- \* Esta autoexploración se deberá de realizar cada mes, 7 días después de iniciada la menstruación.
- \* Las mujeres menopáusicas la realizarán un día específico de cada mes.

Es conveniente que una vez al año su médico le revise los senos. A continuación se detallan los pasos para realizar la autoexploración de los senos.

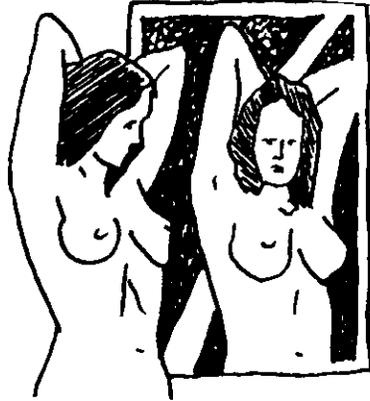
### Primer Paso: ¿Qué hacer?

La persona se para desnuda de la cintura hacia arriba frente a un espejo, elevando los brazos y uniéndolos por encima de la cabeza y se observa.



## ¿Qué tengo que observar?

Observe cuidadosamente el tamaño de los pechos: generalmente uno de los pechos es más grande que el otro (esto es normal), pero el color y las características de la piel deben de ser iguales uno al otro.



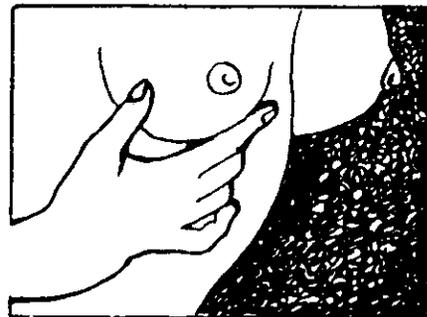
## Segundo paso: ¿Qué hacer?

Se coloca la mano izquierda atrás de la nuca y con los dedos de la mano derecha se explora el seno izquierdo.

Esta exploración se realizará en un solo sentido de manera circular, de tal forma que no quede ningún segmento, sin explorar.

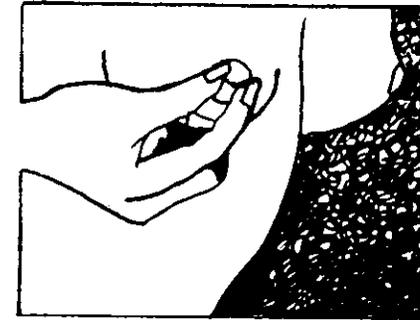
Finalmente se exprimirá el pezón para comprobar que no existe salida de secreciones.

Para revisar el seno contrario se realizarán las mismas maniobras pero con la mano opuesta.



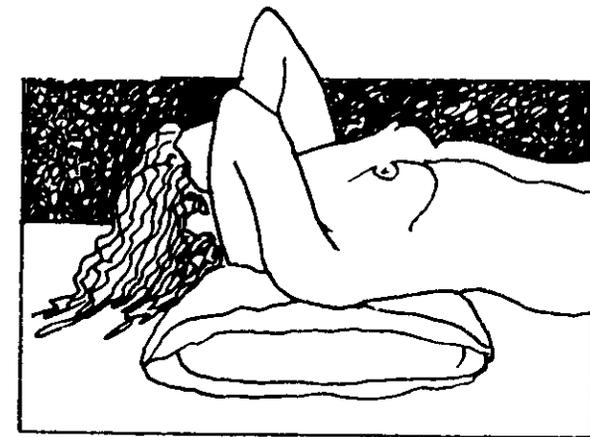
## ¿Qué se observa?

Observe si por medio de esta exploración siente alguna bolita localizada en los senos, axilas o si al presionar los pezones salen secreciones (líquido).



## Tercer paso: ¿Qué hacer?

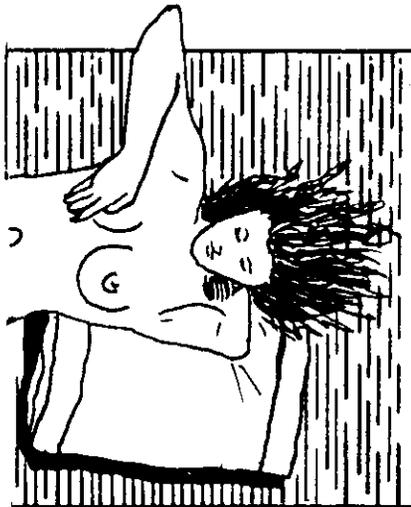
La paciente acostada y con una almohada debajo del hombro que corresponde al pecho que se va a examinar, procederá a colocar la mano debajo de la nuca y a realizar la exploración de la manera indicada anteriormente.



Para revisar el seno contrario se realizan los mismos pasos ya descritos, cambiando previamente la almohada de hombro.

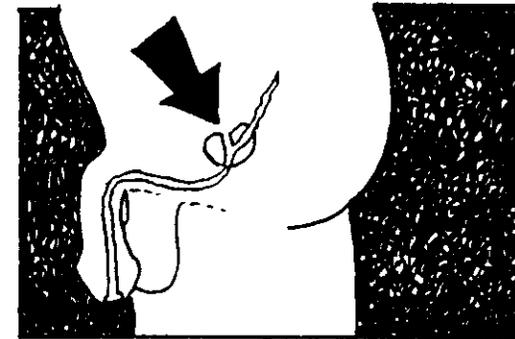
### ¿Qué se observa?

Observe si por medio de esta exploración siente alguna bolita localizada en los senos, ó en axilas.



## Cáncer Prostático

La próstata es una glándula que existe sólo en los varones, y se halla rodeando a la uretra (conducto que a través del cual se elimina la orina) justo debajo de la vejiga. Su tamaño es aproximado al de una avellana y su consistencia es duro-elástica. Forma parte del aparato reproductor masculino y su función es segregar nutrientes que conforman el líquido seminal, y mantienen la vitalidad espermática para la reproducción.



**El Cáncer Prostático** es el segundo carcinoma más frecuente en el hombre y la tercera causa de muerte en los hombres mayores de 45 años (después del cáncer pulmonar y del colon).

Esta enfermedad es poco común en hombres jóvenes y su frecuencia aumenta a partir de los 50 años.

### ¿Cuáles son los primeros síntomas que podrían presentarse en la enfermedad?

Tanto en el estadio temprano como tardío pueden encontrarse personas enfermas que no presenten síntomas muy claros, sin embargo las señales que se describen son signos de alarma.

- ☠ Disuria (ardor al orinar).
- ☠ Dificultad para orinar.
- ☠ Incremento de la frecuencia al orinar en pequeñas cantidades (goteo).
- ☠ Retención urinaria (no poder orinar).
- ☠ Dolor en la espalda o cadera.
- ☠ Hematuria (sangre en orina).

Sesión: 1ª. Fecha: 8 de noviembre Lugar: Hospital General Dr. Manuel Gea González.				
Horario	Nombre de Actividad	Objetivos específicos	Dinámica y técnica	Ayudas y Materiales
9:00 – 9:30	Presentación de los participantes.	1. Conocer el nombre de cada una de las participantes y así, crear un ambiente de confianza.	Las participantes y el facilitador, conocerán el nombre y características de cada uno. (presentación).	Sala y sillas.
9:30-10:00.	Sesión de resolución de un cuestionario.	2. Conocer cual es la postura de las participante hacia la autoexploración de los senos.	Resolución de un cuestionario con preguntas sobre las creencias actitudinales, creencias hacia la norma subjetiva, actitudes, norma subjetiva, intención y conducta de autoexploración de los senos. ♀	Sala, sillas, lápices .
10:00 – 11:00.	Conocimiento de las expectativas de todas y cada una de las participantes acerca del	3. Que el instructor cuente con la posibilidad de determinar las expectativas de las participantes.  4. Verificar las posibles discrepancias con relación a los objetivos generales del curso.  5. Minimizar los efectos de los conlaves informales.	Detección de expectativas . ♀ <sub>1</sub>	sillas, hojas de papel, lápices.

♀ Ver Anexo 6

♀<sub>1</sub> Ver Anexo 13

Sesión: 2ª. Fecha: 15 de noviembre Lugar: Hospital General Dr. Manuel Gea González.				
Horario	Nombre de Actividad	Objetivos específicos	Dinámica y técnica	Ayudas y Materiales.
9:00 a 10:15 o	Conocimiento de los valores personales acerca de la autoexploración.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizar el manejo de valores personales desde una historia de la autoexploración.</li> <li>2. Lograr que las mujeres manifiesten sus valores personales que tienen sobre la autoexploración de los senos.</li> </ol>	Islas ♀ <sup>2</sup>	Salón iluminado papel, lápices y pizarrón.
10:15 a 11:00 a.m.	Identificación de los alcances y los límites que tienen las mujeres para hacerse una autoexploración de los senos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Que las mujeres identifiquen los límites y alcances que tienen para autoexplorar sus senos.</li> <li>4. Crear que las mujeres manifiesten una autoconfianza para que se autoexploren los senos.</li> </ol>	Derechos acertivos. ♀ <sup>3</sup>	salón, hojas y lápices.

♀<sup>2</sup>, ♀<sup>3</sup> ver Anexo 13

Sesión: 3ª.		Fecha: 22 de noviembre		Lugar: Hospital General Dr. Manuel Gea González.	
Horario	Nombre de Actividad	Objetivos específicos	Dinámica y técnica	Ayudas y Materiales	
9:00 a se 9:45 a.m.	Jugando a comunicarnos.	<p>1. Que las mujeres sean capaces de ver como no toda la información que tienen acerca de la Autoexploración de los senos es correcta.</p>	Teléfono descompuesto. ♀4	Mensaje que transmitirá, pizarra y salón iluminado.	
9:45 a 10:45 a.m.	Mejorando nuestra Calidad de vida.	<p>2. Analizar el cambio personal dentro de la dualidad oportunidad – amenaza.</p> <p>3. Identificar las fuerzas y debilidades para lograr ese cambio.</p> <p>4. Que las mujeres reconozcan los obstáculos para lograr los cambios personales.</p>	Cambio y crecimiento personal. ♀5	Salón, hojas, pizarra y lápices	

♀4, ♀5 Ver Anexo 13

Sesión: 4ª.		Fecha: 29 de noviembre		Lugar: Hospital General Dr. Manuel Gea González.	
Horario	Nombre de Actividad	Objetivos específicos	Dinámica y técnica	Ayudas y	
9:00 a	Proporcionando información acerca de la autoexploración de los senos.	1. Proporcionar elementos que le permitan a las participantes una idea mas clara de lo que es la autoexploración de los senos y. lo que pueden prevenir.	Dar información general de el cáncer de mama. ♀ <sub>6</sub>	Sala , sillas rotafolios, plumones.	
10:30 a.m.		2. Justificar por qué se deben realizar la autoexploración.	Proporcionar información de la Importancia de autoexplorarse. ♀ <sub>6</sub>		
		3. Que las participantes tengan presente las consecuencias que se presentan al autoexplorarse.	Proporcionar estadísticas de el número de casos de cáncer de Mama llevar a cabo la autoexploración. ♀ <sub>6</sub>		

♀<sub>6</sub> Ver Anexo 13

Sesión: 5ª. Fecha: 6 de diciembre Lugar: Hospital General Dr. Manuel Gea González.				
Horario	Nombre de Actividad	Objetivos específicos	Dinámica y técnica	Ayudas y materiales
9:00- 9:30	Resolución de instrumentos.	1. Identificar si existió un cambio En cuanto a la evaluación que Las participantes hacen hacia La autoexploración de los senos	Resolución de un cuestionario.	Sala, sillas lápices y diplomas.
9:30 – 11:00.	Clausura del curso	2. Conjuntar las experiencias vividas por las participantes.  3. Agradecer y dar un incentivo por la participación de todas y cada una de las participan- tes.	Clausura informal: en la cual las par- ticipantes comentan sus experiencias que tuvieron en el curso, y los logros con el mismo. .♀7  Se entregan diplomas por su Participación.♀8	

♀7, ♀8 Ver Anexo 13