

Autoeficacia percibida y autoexamen de mamas en mujeres de Montería (Colombia)

Lercy López-Hoyos¹ , Cristina Bohórquez Moreno² , Irma Castillo Ávila² 

Resumen

Introducción: La práctica del autoexamen de mamas puede estar influida por la autoeficacia percibida. Esta característica individual, definida como la confianza en las propias capacidades para alcanzar una meta, puede ayudar de forma positiva a que las mujeres desarrollen conductas promotoras de salud y realicen prácticas de cuidado rutinarias y regulares para la detección temprana del cáncer de mama.

Objetivo: Determinar el nivel de autoeficacia percibida y su relación con la práctica adecuada del AEM en mujeres mayores de 20 años de Montería (Colombia).

Materiales y métodos: Estudio analítico, con 867 mujeres mayores de 20 años, seleccionadas por muestreo aleatorio multietápico. Se utilizó una encuesta sociodemográfica para la recolección de información, la Escala de Autoeficacia General Percibida y un cuestionario para medir la práctica del AEM. Los datos se almacenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y fueron procesados en el programa SPSS, versión 24.

Resultados: Participaron 867 mujeres, con una edad promedio 36,2 años (DE = 13,0). El 72,6% (629) se practica el AEM. Solo el 2% (20) de las participantes lo hacen de forma adecuada. La práctica del AEM fue mayor en mujeres con un mayor nivel de autoeficacia (86,2%).

Conclusiones: En Montería, las mujeres de más de 20 años de edad practican de forma inadecuada el AEM, lo que contrasta con un alto nivel de autoeficacia. La autoeficacia es fundamental para mejorar la prácticas de cuidado de la salud y desarrollarlas de forma regular.

Palabras clave: autoeficacia; autoexamen de mamas; prácticas; neoplasias de la mama. (Fuente: DeCS).

¹ Universidad de Córdoba (Córdoba, Colombia).

² Universidad de Cartagena (Cartagena, Colombia).

Autora de correspondencia: Irma Castillo Ávila. Correo electrónico: icastilloa@unicartagena.edu.co

Citar este artículo así:

López-Hoyos L, Bohórquez Moreno C, Castillo Ávila I. Autoeficacia percibida y examen de mamas en mujeres de Montería (Colombia). Rev Investig Salud Univ Boyacá. 2022;9(1):49-61. <https://doi.org/10.24267/23897325.697>

Perceived self-efficacy and breast self-examination in women from Monteria – Colombia

Abstract

Introduction: The practice of breast self-examination can be influenced by perceived self-efficacy. This individual characteristic, defined as confidence in one's abilities to achieve a goal, can positively help women develop health-promoting behaviors that lead them to carry out routine and regular practices for the early detection of breast cancer.

Objective: To determine the level of perceived self-efficacy and its relationship to the adequate practice of BSE in women over 20 years of age in Montería, Colombia.

Materials and methods: Analytical study, with 867 women aged 20 years or older, selected by multi-stage random sampling. A sociodemographic survey was used to collect information, the general self-efficacy scale and a questionnaire to measure the practice of BSE. The data was stored in a Microsoft Excel spreadsheet and processed in SPSS version 24.

Results: 867 women participated, mean age 36.2 years (SD = 13.0). 72.6% (629) performed BSE. Only 2% (20) of the participants practice it adequately. The practice of BSE was greater in women with a higher level of self-efficacy (86.2%).

Conclusions: In Montería, women over 20 years of age practice BSE inappropriately, which contrasts with a high level of self-efficacy. This element is essential to improve health care practices and develop them on a regular basis.

Keywords: self-efficacy; breast self-examination; practices; breast neoplasms.

Auto-eficácia percebida e auto-exame da mama nas mulheres em Montería (Colômbia)

Resumo

Introdução: A prática do auto-exame da mama pode ser influenciada pela percepção de auto-eficácia. Esta característica individual, definida como confiança nas próprias capacidades para atingir um objetivo, pode ajudar positivamente as mulheres a desenvolver comportamentos de promoção da saúde e a envolver-se em práticas de cuidados de rotina e regulares para a detecção precoce do câncer de mama.

Objetivo: Determinar o nível de auto-eficácia percebido e a sua relação com a prática adequada da AEM em mulheres com mais de 20 anos de idade em Montería (Colômbia).

Materiais e métodos: Estudo analítico, com 867 mulheres com mais de 20 anos de idade, selecionadas por amostragem aleatória em várias fases. Foi utilizado um inquérito sociodemográfico para recolher informação, a Escala Geral de Auto-Eficácia Percebida e um questionário para medir a prática da AEM. Os dados foram armazenados numa folha de cálculo Microsoft Excel e processados em SPSS, versão 24.

Resultados: 867 mulheres participaram, com uma idade média de 36,2 anos ($SD = 13,0$). 72,6 % (629) dos participantes praticaram AEM. Apenas 2 % (20) dos participantes o fazem de forma adequada. A prática da AEM foi mais elevada nas mulheres com um nível superior de auto-eficácia (86,2%).

Conclusões: Em Monteria, as mulheres com mais de 20 anos de idade praticam inadequadamente a AEM, o que contrasta com um elevado nível de auto-eficácia. A auto-eficácia é fundamental para melhorar as práticas de cuidados de saúde e desenvolvê-las numa base regular.

Palavras-chave: auto-eficácia; auto-exame de mama; práticas; neoplasias mamárias

INTRODUCCIÓN

El autoexamen de mama (AEM) se ha constituido en una de las técnicas más recomendadas para ayudar a detectar el cáncer en una fase inicial, dado que le otorga a la mujer una herramienta basada en el autocuidado y el empoderamiento individual, que le permite tener una sospecha de la enfermedad y acceder a un diagnóstico precoz, a la vez que favorece el inicio del tratamiento oportuno, impacta positivamente en la calidad de vida y reduce los posibles efectos negativos derivados de terapéuticas agresivas, por diagnósticos tardíos (1-3).

Lo anterior es relevante para los profesionales de enfermería que, desde el rol de la gestión del riesgo en salud, propician este tipo de prácticas. Los planteamientos de Nola Pender, consignados en el Modelo de Promoción de la Salud, resaltan la importancia de la intervención activa de los enfermeros y enfermeras para la adquisición de patrones adecuados de comportamiento que ayuden a los individuos a controlar y modificar acciones no saludables y a superar situaciones personales e interpersonales que limitan una mayor participación en conductas favorecedoras de la salud (4).

Un elemento central de este modelo teórico propuesto por Pender es la autoeficacia, la cual está fundamentada en los postulados realizados por

Bandura (1), quien considera que las personas con alta autoeficacia, es decir, aquellas que creen y confían en que pueden tener un buen desempeño, son más propensas a ver las tareas difíciles como algo para dominar que como algo que debe evitarse. Esta característica personal ayuda de forma positiva a que las mujeres desarrollen conductas promotoras de salud que llevan a prácticas rutinarias y regulares de cuidado, especialmente aquellas relacionadas con la exploración mamaria regular para la identificación temprana de alteraciones sugestivas de cáncer.

Por su alto impacto, la prevención del cáncer de mama es una prioridad en salud pública. En las regiones menos desarrolladas, esta enfermedad se constituye en la principal causa de muerte en mujeres, al alcanzar el 14,3% del total de defunciones anuales (324.000). En las regiones más desarrolladas se ha observado un comportamiento similar: es la segunda causa de muerte por cáncer (198.000 muertes que corresponden al 15,4% del total de defunciones) (5). Los reportes de la Organización Panamericana de la Salud, en el 2020, informaron que hubo más de 210.000 casos nuevos diagnosticados de cáncer mama y alrededor de 68.000 defunciones en Latinoamérica y el Caribe (5). En Colombia, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer informó que para el 2018 fueron diagnosticados más de 13.000 nuevos casos de cáncer de mama y se presentaron más de 3000 muertes derivadas

(6). Esta tendencia es similar en muchos de los departamentos de la costa norte colombiana: para el departamento de Córdoba, en el 2020, según datos de la Secretaría de Salud, se registraron 29 nuevos casos de cáncer de mama (7).

En Colombia, las estrategias para la identificación temprana del cáncer mamario se orientan sobre tres ejes principales: la detección temprana sin tamizaje, el tamizaje de oportunidad y el tamizaje programado. En el marco de estas estrategias, se promueven entre las mujeres en riesgo conductas saludables y estilos de vida que favorezcan el autocuidado (8,9). La práctica regular del AEM se constituye en un hábito favorecedor de la salud y su realización está influida por diversos factores, entre ellos la autoeficacia percibida, que guarda una relación directa y proporcional con la probabilidad de adquirir un compromiso para la acción y desarrollar la conducta promotora de la salud, superando posibles barreras (10). Cancino Flores (11) ha reportado que la práctica del AEM aumenta en sentido proporcional y positivo con el nivel de autoeficacia; así mismo, que la autoeficacia percibida es un factor determinante para disminuir y eliminar las barreras asociadas a la adopción de una conducta favorecedora de la salud, lo que ayuda a la toma de decisiones más saludables y a la adquisición de mejores hábitos para el cuidado (12).

Durante la revisión, en el departamento de Córdoba no se encontraron investigaciones que informaran sobre la medición de la autoeficacia y su relación con la práctica del AEM; por tanto, este estudio se propuso determinar el nivel de autoeficacia percibida y la práctica adecuada del AEM en mujeres mayores de 20 años de Montería (13,14).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este fue un estudio analítico de corte transversal que incluyó a 867 mujeres mayores de 20 años de Montería (capital del departamento de Córdoba, Colombia). Esta muestra se calculó tomando una población de referencia de 156.928 mujeres, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 3,5%.

Para recolectar la información se empleó una encuesta sociodemográfica diseñada por las autoras que permitió caracterizar a las mujeres participantes. La autoeficacia percibida se midió utilizando la versión en español de la Escala de Autoeficacia General, propuesta por Baessler y Schwarzer y validada por Espada en España, donde se obtuvo un buen comportamiento psicométrico (alfa de Crombach = 0,88). Esta escala incorpora 10 reactivos con puntos de 10 a 40 y respuestas tipo Likert que evalúan la capacidad percibida en el momento, así: incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos) (15,16).

El segundo instrumento empleado fue el apartado para evaluar la práctica de AEM, adaptado por Castillo et al. (17), en Cartagena (Colombia), que consta de catorce preguntas. Las dos primeras indagan la fuente de información del autoexamen y las doce restantes evalúan la técnica y frecuencia de realización, así como los beneficios, barreras e influencias percibidas en la realización del AEM (18). Las mujeres se seleccionaron por un muestreo en varias etapas, esto es, mediante un muestreo estratificado con afijación proporcional, de acuerdo con el número de mujeres por comunas de la ciudad. Posteriormente, por muestreo aleatorio simple, se escogieron los barrios y los sectores de cada comuna donde se contactaron a las mujeres casa a casa. Se escogió una mujer por casa.

Los datos se almacenaron en Microsoft Excel® y se procesaron en el programa estadístico SPSS, versión 23. Se aplicó análisis descriptivo. Se calcularon medidas de tendencia central para los datos numéricos y, además, se realizó un plan de correlación para las dos variables principales: autoeficacia y práctica del autoexamen. Se dicotomizaron para el análisis en autoeficacia percibida alta y baja y práctica del AEM adecuada e inadecuada.

Esta investigación acoge los parámetros éticos consignados en la Resolución 00843 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, según la cual se pudo clasificar de riesgo mínimo (13). Se

respetaron los principios de autonomía para la participación, así como la decisión de cada mujer de responder a las preguntas del cuestionario de manera anónima, previo al consentimiento informado por escrito y a la explicación de los alcances y objetivos del estudio. La investigación fue avalada por el Comité de Investigaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (Colombia), para su posterior ejecución.

RESULTADOS

Participaron 867 mujeres de más de 20 años. El promedio de edad de estas fue de 36,2 años (DE = 13,0). En lo que concierne al estado civil, predominó la unión libre, en un 34,8%; el 50% (n = 433) eran amas de casa, y el 16,4% (n = 114), estudiantes. El nivel educativo que predominó fue el de bachillerato completo, en un 46,5% (n = 404). Se resalta que el 2,2% (n = 19) no tiene estudios o que para el 11,1% (n = 96) su formación académica no supera el nivel de básica primaria. La mayor parte de las mujeres participantes son de los estratos socioeconómicos bajos, en su mayoría de estrato 1 (86,8%; n = 753) y, por ende, están afiliadas a un sistema de cuidados en salud sostenido a través de subsidios (75,4%; n = 654), incluso algunas no reportan ningún tipo de afiliación en salud (0,2%; n = 2), según se anota en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución según las variables sociodemográficas de las mujeres participantes, Montería (Colombia), 2015

Estado civil	n	%
Casada	251	28,9
Divorciada	39	4,5
Separada	92	10,6
Soltera	152	17,6
Unión libre	301	34,8
Viuda	32	3,7
Nivel educativo	n	%
Sin estudios	19	2,2
Primaria incompleta	96	11,1
Primaria completa	36	4,2
Bachillerato incompleto	38	4,4
Bachiller	404	46,5
Técnico	139	16,1
Tecnólogo	50	5,8
Universitario	85	9,8
Ocupación	n	%
Ama de casa	433	50,0
Desempleada	112	12,9
Empleada	110	12,7
Estudiante	143	16,4
Independiente	69	8,0
Estrato	n	%
1	753	86,8
2	114	13,2
Seguridad social	n	%
Contributivo	143	16,5
Especial	68	7,9
Subsidiado	654	75,4
Vinculado	2	0,2

Autoeficacia general percibida de las mujeres participantes

Con relación a la variable de autoeficacia, se determinó que el 84,8% (n = 734) de las mujeres participantes presentaba una autoeficacia alta y que solo el 15,2% (n = 132) hacen parte del grupo de autoeficacia percibida baja.

En lo que concierne a la práctica adecuada del AEM, se pudo evidenciar que el 72,6% (n = 629) de las participantes manifestó realizarlo; mientras que el 27,4% (n = 238) nunca se lo han realizado. Estas participantes refieren que no es necesario, con un 7,62% (n = 66); al 7,27% (n = 63) les da pereza; el 4,96% (n = 43) no lo hace por falta de tiempo, y el 3,46% (n = 30) no lo sabe realizar.

Seguidamente, al evaluar la frecuencia del autoexamen, se determinó que el 61,9% (n = 536) informa hacerlo una vez al mes. Cuando se indaga sobre el momento del ciclo menstrual que elige para el AEM, el 39,6% (n = 343) de las mujeres manifestó que es después de finalizar la menstruación. Llama la atención que el 27,5% (n = 239) de las participantes cuentan realizarlo a diario y que solo un pequeño porcentaje de ellas (17,2%; n = 149) reconoce que lo practica del cuarto al décimo día, contando desde el primer día de la menstruación (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la práctica del autoexamen de mamas en las mujeres participantes, Montería (Colombia), 2015

¿Se realiza el autoexamen de mama?	n	%
No	238	27,4
Sí	629	72,6
¿Cada cuánto se realiza el autoexamen?	n	%
Anual	60	6,9
Mensual	536	61,9
Nunca	49	5,7
Quincenal	75	8,5
Semanal	147	17,0
¿En qué días realiza el autoexamen?	n	%
Diario	239	27,5
Cuarto a décimo desde el primer día de la menstruación	149	17,2
Ocho días después de la menstruación	136	15,7
Una vez al mes después de la menstruación	343	39,6
¿Qué técnica usa para realizar el autoexamen?	n	%
Observación	139	16,1
Palpación	421	48,5
Ambas técnicas	307	35,5
¿Incluye el examen del pezón?	n	%
No	337	38,9
Sí	530	61,1

Cuando se combinan las variables que establece la norma técnica colombiana para un adecuado autoexamen, se encontró que solo el 2% (n = 20) de las mujeres suma esa combinación de variables: técnica adecuada, frecuencia adecuada, momento del ciclo adecuado e inclusión del pezón en la autoexploración.

Autoeficacia percibida y práctica del autoexamen de mamas

Se observó mayor proporción de mujeres con alta autoeficacia entre las que se practican el autoexamen (86,2%), en comparación con las que dicen no hacerlo (81,0%). Pese a que esta diferencia no es estadísticamente significativa (chi cuadrado = 0,06), cuando se caracteriza a las mujeres con una práctica adecuada del AEM, solo resultan 20 mujeres que cumplen todas las recomendaciones para la autoexploración: tiempo, técnica y frecuencia. De estas, el 70% (n = 14) posee un nivel de autoeficacia alta, y solo el 30%, un nivel de autoeficacia baja (tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre el nivel de autoeficacia percibido y la práctica del autoexamen de mama

Realización del autoexamen	Autoeficacia				Chi cuadrado
	Alta	%	Baja	%	
Sí	542	86,2	87	13,8	0,06
No	192	81,0	45	19,0	
Total	734	84,8	132	15,2	

DISCUSIÓN

Por medio del presente estudio se determinó que un porcentaje significativo de mujeres en Montería se practican el AEM, aunque la forma no es la adecuada, dado que no tienen en cuenta

la frecuencia y la técnica correctas, lo cual está en correspondencia con la investigación de Puttahraksa (19), en la que, al restudiar la autoeficacia percibida, conocimiento y práctica de AEM en la Universidad de Asunción, se encontró que no había correlación entre conocimiento y práctica y que las mujeres tenían baja autoeficacia y práctica inadecuada.

Otro aspecto que se destaca es que las habitantes del municipio de Montería desconocen el momento del ciclo menstrual en que se debe realizar el AEM. Todos estos factores se constituyen en oportunidades para que las instituciones gestoras del riesgo en salud desarrollen programas de promoción de la salud, encaminados a brindar orientación e instrucción educativa que afiance los conocimientos sobre el autoexamen y favorezca entre las mujeres una práctica más efectiva de este.

Al evaluar las variables sociodemográficas de las participantes, se encontró que la mayor parte de ellas ubicadas en los estratos 1 y 2; por tanto, se consideran parte de una población en condición de vulnerabilidad. Lo anterior está en correspondencia con los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, donde se demuestra que aquellas mujeres con mayor instrucción educativa y en quintiles de ingresos más altos manifiestan mayor claridad al respecto del autoexamen, la técnica para realizarlo y una mejor

práctica. (14). En este sentido, se puede considerar pertinente la información obtenida, toda vez que se constituye en un factor importante para proponer estrategias más inclusivas y diversas que permitan a las diferentes poblaciones tener mayor acceso y oportunidad a los procesos de atención y cuidado de la salud.

Se hace necesario que las mujeres se informen sobre la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mama y su influencia en la curación y las expectativas de vida a largo plazo. Esto también influye en el grado de aceptación y cumplimiento de prácticas para el cuidado, basadas en planes y programas razonados que la mujer puede configurar como un compromiso con su propia salud y que permiten, a su vez, aumentar las posibilidades de acceder a un diagnóstico temprano, tal como lo resalta el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (20).

Las participantes de este estudio son mujeres jóvenes, quienes en un 75% poseen conocimientos deficientes acerca de la práctica del AEM. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Castillo et al. (17), quienes evaluaron que el grupo etario que se realiza el AEM con mayor frecuencia es el de mujeres entre 25 y 35 años. De acuerdo con Pender, la edad es la variable personal que influye de forma importante en una conducta y en los afectos relacionados con ella. El cúmulo de experiencias personales anteriores relacionadas

con el cuidado de la salud puede determinar las acciones que se programan para promover conductas saludables.

En el grupo evaluado se destaca que la mayor parte de las mujeres son mujeres jóvenes en amplio y frecuente contacto con los servicios de salud, por lo que se espera que cuando asisten a las consultas médicas reciban información sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Lo anterior puede proveerles mayores oportunidades para obtener información clara y de calidad de parte de los profesionales de la salud y para mejorar orientaciones sobre hábitos saludables que posibiliten la adopción de conductas como la práctica correcta del AEM (17).

Un dato importante derivado de este estudio es el hecho de que solo el 5,5% de las mujeres participantes se realiza el autoexamen en el momento del ciclo menstrual recomendado. Esto contrasta de forma importante con lo que establece la norma técnica nacional para la detección temprana del cáncer de mama. La autoexploración de las mamas como técnica realizada por la propia mujer debe cumplir con la periodicidad (mensualmente) y con el momento adecuado del ciclo (del cuarto al décimo día desde el primer día de la menstruación), lo que evita el dolor derivado de la exploración en el momento del ciclo en que las mamas se encuentren inflamadas y la alerta de hallazgos falsos-positivos por alteraciones hormonales (8,20).

Se destaca que el 2% de las mujeres lleva a cabo una práctica adecuada del AEM y con ello cuentan con un nivel significativo de autoeficacia. Ello les posibilita una imagen favorable de ellas. Esta percepción favorece la actuación eficiente ante la presencia de factores de riesgo, porque la autoeficacia resulta en una convicción o fuerte creencia de que se tienen las habilidades y las competencias necesarias y suficientes como para realizar acciones individuales concretas en beneficio de la salud, lo cual podría incidir en una mejor práctica del autoexamen en estas mujeres (15,17).

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender se constituye en una herramienta importante para los profesionales que proveen cuidados en salud, especialmente para la disciplina de enfermería, pues permite una mejor comprensión de los comportamientos relacionados con la salud y, a través de sus postulados, ayuda al diseño de estrategias para motivar en las diferentes poblaciones la adopción de conductas de cuidado que posibilitan adquirir estilos de vida saludables (16,21,22).

A partir de los resultados del estudio se concluye que un mayor nivel de autoeficacia percibida está relacionado de forma positiva con la práctica regular del AEM, debido a que en el momento en que las mujeres se sienten capaces de tomar decisiones y realizar prácticas saludables, se fortalece el autocuidado, que ayuda al mantenimiento de la salud y la detección temprana enfermedades

crónicas. La autoeficacia puede ser un elemento importante para ayudar a las mujeres de Montería a tomar acción para el cuidado de su salud y superar posibles barreras que se presenten, pues aumentará su capacidad de transformar situaciones adversas en oportunidades de desarrollo y perseverancia. Ello contribuirá en el aumento de su bienestar emocional, confianza y calidad de vida, autocuidado y autoestima.

La principal limitación del estudio se relaciona con el hecho de que existe una proporción muy baja de mujeres que realizan de forma adecuada el autoexamen, lo cual no permite establecer, con estimadores estadísticos, si existe asociación entre la autoeficacia y la práctica adecuada del autoexamen.

Desde la enfermería se deben fortalecer los programas de promoción de salud y gestión de riesgo en salud, para propiciar el cuidado de la salud de la mujer, incluyendo las prácticas adecuadas para realizar el AEM, con lo cual se promueve el conocimiento del seno, su estructura, superficie y posibles cambios que ameriten valoración de personal especializado. La necesidad de información sobre el autoexamen entre las mujeres mayores de 20 años implica para los profesionales de enfermería un gran campo de acción. Desde el enfoque de promoción de la salud y utilizando como base los paradigmas de la disciplina, se pueden establecer programas de intervención que promuevan este tipo de prácticas y garanticen

un mayor bienestar y calidad de vida, de individuos, familias y comunidades.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a sus familiares por el apoyo y comprensión durante el tiempo empleado en la realización del estudio. También a la comunidad de la ciudad de Montería (Córdoba) que participó en este estudio.

FINANCIACIÓN

La elaboración de este artículo estuvo financiada por recursos propios de las investigadoras.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
2. Hernández L. Perfil sociodemográfico y académico en estudiantes universitarios respecto a su autoeficacia académica percibida. *Psicogente.* 2018;21(39):35-49. <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2820>

3. Simón MM, Molero MM, Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ, Barragán AN, Martos Á. Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *Eur J Health Res*. 2017;3(2):137-49. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.71>
4. Miranda Mellado C, Castillo Ávila I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuidarte*. 2016;7(2):1345-51. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe cáncer de mama [internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>.
6. Colombia. Ministerio de salud y de la Protección Social. Detecte el cáncer de mama a tiempo [internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Detecte-el-cancer-de-mama-a-tiempo.aspx>
7. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2020. Bogotá: Ministerio; 2020.
8. Manrique F, Ospina J, Vega N, Morales A, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mamas en mujeres de Tunja, Colombia. *Investig Educ Enferm* [internet]. 2012;30(1):18-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224287003>
9. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 3280 del 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta de atención integral en Salud. Bogotá: Ministerio; 2018.
10. Mantilla Toloza SC, Martínez Torres J, Carrasco Villamizar C. Conocimiento del autoexamen de mamas y testículo en estudiantes universitarios. *Rev Cub Salud Pública* [internet]. 2021;46:e1571. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1571>
11. Cancino Flores MM. Práctica de autoexploración de mamas, susceptibilidad y autoeficacia percibida [tesis de maestría en internet]. Nuevo León: Universidad de Nuevo León; 2004. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080084852.pdf>
12. Gómez Acosta C. Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. *Rev Salud Pública*. 2018;20;155-62. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.50676>
13. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 08430 de 1993, por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio; 1993.

14. Profamilia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2015.
15. Vázquez M. Intervención educativa para el fortalecimiento del juicio de autoeficacia y eficiencia de la autoexploración de mamas [tesis de doctorado en internet]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2019. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/1944/49171>
16. Álvarez Taco CL. Calidad de vida, soporte social y autoeficacia para la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama [tesis de grado en internet]. Lima: Universidad Femenina del Sagrado Corazón; 2018. Disponible en <http://hdl.handle.net/20.500.11955/463>
17. Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres del área rural de Cartagena. Rev UDCA Act Div Cient. 2016;19(1):5-14. <https://doi.org/10.31910/rudca.v19.n1.2016.105>
18. Peraza de Aparicio C, Benítez F, Galeano Y. Modelo de promoción de salud en la Universidad Metropolitana de Ecuador. MediSur [internet]. 2019;17(6):903-6. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4363>
19. Puttahraksa P. Perceived self-efficacy, knowledge, and breast self-examination practice among Assumption University female students [resumen del artículo en internet]. Assumption University; 2021. Disponible en: <https://repository.au.edu/handle/6623004553/24386>
20. Rentería Vínces MA. Nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mamas en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes [tesis de segunda especialidad en internet]. Lima: Universidad Nacional de Trujillo; 2019. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14929>
21. Bohórquez Moreno C, Montalvo Prieto A, Castillo Ávila I. Autoexamen de mama en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia. Arch Med (Manizales). 2017;17(2):361-8. <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2040.2017>
22. Triviño Vargas ZG, López-Hurtado MX. Factores predictores de conductas promotoras de salud en docentes de enfermería de tres universidades de Cali, Colombia. Univ Salud. 2018;20(2):160-70. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.120>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional