

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA SOBRE LA
AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA Y CREENCIAS EN
SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS**

**PRESENTA:
YASMIN GARCIA ROSAS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

MARZO 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**



**INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA SOBRE LA AUTOEXPLORACIÓN
MAMARIA Y CREENCIAS EN SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

LIC. YASMIN GARCIA ROSAS

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. DEHISY MARISOL JUÁREZ GARCÍA

MONTERREY, N. L., MÉXICO, 14 DE MARZO DE 2022

Monterrey, Nuevo León a 21 de octubre del 2021.

Dra. Martha Patricia Sánchez Miranda.

Subdirección de Posgrado.

Facultad de Psicología, UANL.

Por medio de la presente notifico que he revisado la tesis titulada **“Intervención psicoeducativa sobre la autoexploración mamaria y creencias en salud en estudiantes universitarias”**, presentada por la alumna Yasmin Garcia Rosas en la Maestría en psicología de la Salud, con matrícula 1989275, por lo tanto, apruebo para su disertación y puede comenzar los tramites de titulación.

Sin más por el momento agradezco la atención brindada.

ATENTAMENTE


Dra. Dehisy Monsol Juárez García

Monterrey, Nuevo León a 21 de octubre del 2021.

Dra. Martha Patricia Sánchez Miranda.

Subdirección de posgrado.

Facultad de Psicología, UANL.

Por medio de la presente notifico que he aprobado la tesis titulada "**Intervención psicoeducativa sobre la autoexploración mamaria y creencias en salud en estudiantes universitarias**", presentada por la alumna Yasmin García Rosas en la Maestría en psicología de la Salud, con matrícula 1989275, por lo tanto, apruebo para su disertación y puede comenzar los tramites de titulación.

Sin más por el momento agradezco la atención brindada.

ATTE



Dr. Arnoldo Tellez López

Monterrey, Nuevo León a 21 de octubre del 2021.

Dra. Martha Patricia Sánchez Miranda.

Subdirección de posgrado.

Facultad de Psicología, UANL.

Por medio de la presente notifico que he aprobado la tesis titulada "**Intervención psicoeducativa sobre la autoexploración mamaria y creencias en salud en estudiantes universitarias**", presentada por la alumna Yasmin Garcia Rosas en la Maestría en psicología de la Salud, con matrícula 1989275, por lo tanto, apruebo para su disertación y puede comenzar los tramites de titulación.

Sin más por el momento agradezco la atención brindada.

ATTE



Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jáuregui

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mis padres Ismael García Jasso y Ma. De Lourdes Rosas Rodríguez, por brindarme su apoyo incondicional en todos mis sueños y metas profesionales, por su apoyo a la distancia y su amor y cariño incondicional.

A mis hermanos Ismael Garcia Rosas, Yosimar García Rosas y a mi sobrina Ashely Ambar Alexa García por ser parte de mi camino y estar en los momentos a la distancia.

A mis amigos y compañeros de la maestría por ser parte durante estos dos años y aprender juntos y compartir conmigo conocimiento y experiencias.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Dehisy Marisol Juárez García mi directora de tesis, por ofrecerme apoyo en mi formación y su conocimiento para poder concluir mi tesis.

A la Lic. Stephany Mendoza, por su apoyo en la intervención realizada y en la realización de esta tesis.

A las estudiantes que participaron en el presente estudio que sin ella no hubiera sido posible el desarrollo de este proyecto.

A los directivos y encargados de la UANL por su apoyo en mi estancia en la Maestría.

Al CONACYT, por la beca que me fue otorgada sin la cual no habría podido realizar esta maestría.

A todos los maestros y amigos que me ayudaron en mi formación, ofreciéndome un espacio de desarrollo personal y académico.

RESUMEN

El cáncer de mama mediante una detección oportuna tiene una alta tasa de curación. Las intervenciones para fomentar de la detección oportuna del cáncer de mama han mostrado una mejora en el conocimiento y en la práctica de la autoexploración mamaria, sin embargo, se considera importante incrementar la evidencia de los efectos de las intervenciones en México y en población latina. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa respecto a la autoexploración mamaria y las variables del Modelo de creencias de salud (MCS) en estudiantes universitarias y sus madres, en total 68 estudiantes universitarias participaron en la intervención de las cuales terminaron las sesiones 28 en el grupo experimental y 25 en el grupo control, se realizaron tres sesiones quincenales, se aplicó la escala del modelo de creencias de salud para la autoexploración de mama antes y después de la implementación de la intervención psicoeducativa. Los resultados de las comparaciones de las variables del modelo de creencias de salud entre el grupo control y experimental mostraron que la autoeficacia es significativa ($Z=-4.902$, $p=.000$); se obtuvo una asociación significativa ($\chi^2=5.208(1)$, $p=.022$) entre el grupo de intervención y la práctica de la autoexploración de mama. La intervención psicoeducativa ayudó al aumento de la autoeficacia de las estudiantes y a la práctica de la autoexploración de mama.

Palabras clave: Autoexploración, cáncer, Creencias, estudiantes, Intervención.

ABSTRACT

Breast cancer through early detection has a high cure rate. Interventions to increase the timely detection of breast cancer have shown an improvement in the knowledge and practice of breast self-examination, however, it is considered important to increase the evidence in Mexico and in the Latino population of the effects of breast cancer. The objective of this study was to evaluate the effects of a psychoeducational intervention regarding breast self-examination and the variables of the Health Belief Model (MCS) in university students and their mothers, a total of 68 university students participated in the intervention of which they finished Sessions 28 in the experimental group and 25 in the control group, three fortnightly sessions were held, the scale of the health beliefs model for breast self-examination was applied before and after the implementation of the psychoeducational intervention. The results of the comparisons of the variables of the health beliefs model between the control group and the experimental statement that self-efficacy is significant ($Z = -4.902$, $p = .000$); a significant association was obtained ($\chi^2 = 5.208 (1)$, $p = .022$) between the intervention group and the practice of breast self-examination. The psychoeducational intervention helped to increase the self-efficacy of the students and the practice of breast self-examination.

Key words: Self-exploration, cancer, Beliefs, students, Intervention.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	11
1. INTRODUCCIÓN.	11
1.1 Planteamiento del problema.	16
1.2 Justificación	18
1.3 Objetivo general.....	20
1.4 Objetivo específico.....	20
1.5 Limitaciones y Delimitaciones	21
CAPÍTULO II	22
2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 Psicología de la Salud.....	22
2.2 Modelos de cambio de comportamiento en salud	23
2.3 Modelos en el nivel Intrapersonal.	25
2.3.1 La Teoría de la Motivación para la Protección	25
2.3.2 Teoría de la Acción razonada y del comportamiento planificado. .	26
2.3.3 El modelo de creencias de salud.....	29
2.4 Modelos en el nivel interpersonal.....	34
2.4.1 La teoría cognitiva social.	35
2.4.2 Teoría de redes sociales y apoyo social.	36
2.5 Intervención Psicológica en Salud	37
2.6 Tecinas cognitivo-conductuales.....	37
2.6.1 Psicoeducación.....	38
2.6.2 Entrenamiento en solución de problemas.....	39
2.6.3 Modelado.	39
2.5 Impacto de la intervención psicológica sobre la Salud.....	41
2.7 Detección del cáncer de mama	42
CAPÍTULO III	45
3. MÉTODO.....	45
3.2 Diseño.....	45
3.3 Participantes	45
3.6 Instrumentos de evaluación.	46
3.7 Procedimiento	46
3.8 Análisis estadísticos.....	47
CAPÍTULO IV.....	48
RESULTADOS	48

CAPITULO V.....	48
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS.....	55

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1. Variables Sociodemográficas.....	49
Tabla 2. Comparación de dimensiones del MCS entre grupo experimental y control.....	50
Tabla 3. Análisis de asociación entre la práctica de autoexploración de mama y grupo de intervención.....	51

Figuras

Figura 2. Teoría de la Acción Razonada y del comportamiento planificado.....	28
Figura 3. Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva, de acuerdo a Becker y Maiman (1975).	32

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.

En México el cáncer de mama es la neoplasia maligna que más se presenta en las mujeres mexicanas, desde el 2006 se ha mostrado un aumento en la incidencia nacional, además de que la tasa de mortalidad también ha ido en aumento (Soto-Perez-de-Celis & Chavarri-Guerra, 2016), en el 2013 el cáncer de mama fue la primera causa de muerte en la mitad de todos los estados de la república entre ellos el estado de Nuevo León (Gómez-Dantés et al., 2016). Se predice que habrá un aumento en la incidencia de casos de cáncer de mama a 12.7 millones de casos nuevos a 22.2 millones para el 2030 (Bray, Jemal, Grey, Ferlay, & Forman, 2012).

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama establece tres acciones fundamentales que debe realizar el personal de salud para la detección temprana del cáncer de mama los cuales son enseñar a toda mujer a partir de los 20 años la técnica de autoexploración de mamas (AEM); a partir de los 25 años, realizar examen clínico de mamas, y realizar la mastografía a mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años (Campero et al., 2014).

El cáncer de mama tienen una alta tasa de curación mediante una detección oportuna, la AEM es una técnica que se utiliza para detectar este padecimiento, la cual debe realizarse mensualmente para poder observar algún cambio en la forma o textura de las mamas (Secretaria de Salud [SS], 2016), una estrategia de prevención para esta grave problemática de salud en México es el Plan Nacional de Control del Cáncer (PNCC), en el cual dentro de sus objetivos incluye: fortalecer la educación e información sobre cáncer, reducir las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer, elaborar un programa de prevención primaria y secundaria apegado más a la realidad (Reynoso-Noverón & Mohar, 2014).

Existen factores que contribuyen al diagnóstico tardío del cáncer de mama los cuales influyen para que los programas anteriormente mencionados no tengan éxito, en un estudio donde se buscó barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca se encontró que la falta de conocimiento de la técnica para la AEM y la relación con los médicos tratantes influyo en la detección oportuna (mencionaron le restaron importancia a los síntomas presentados) (Nigenda, Caballero, & González-Robledo, 2009).

De igual forma se ha encontrado que la prevalencia de la utilización correcta de la AEM en mujeres mexicanas fue solo del 11% debido a que el 90% no sabe cómo hacérselo, lo cual indica la necesidad de incrementar la información sobre la correcta utilización de la AEM (López-Carrillo, Torres-Sánchez, Blanco-Muñoz, Hernández-Ramírez, & Knaul, 2014).

Algunas de las campañas que se han realizado para generar sensibilización sobre el cáncer de mama, han generado en los adolescentes barreras como conocimiento erróneo, y una percepción de discriminación por parte de los servicios de salud (Tapia-Curiel et al., 2015), se ha encontrado que existe poca cobertura a la salud mamaria del adolescente, además de que la falta de acceso a la información y servicios de salud llega a ser una limitante a la detección oportuna. También se identificó como reto importante la generación de campañas, materiales educativos y espacios de salud enfocados al adolescente (Tapia Curiel et al., 2014).

Fouladi et al. (2013) indican que las barreras percibidas son importantes para no realizar la AEM, asimismo, encontraron una relación positiva y significativa entre el nivel de educación, los beneficios percibidos de la AEM y la autoeficacia percibida. Otro estudio indica que las barreras percibidas son predictoras de la intención y la realización de la AEM (Murphy, Vernon, Diamond, & Tiro, 2014) el poder identificar las barreras que llevan a tomar una acción para la prevención

son claves en la eficacia de los programas de detección (Salinas-Martínez et al., 2018).

Desde la psicología de la salud se busca eliminar las barreras que se han encontrado incluidas las creencias que se tiene sobre la eficacia de una detección temprana, la falta del conocimiento sobre el cáncer de mama y los métodos de detección, además de modificar la percepción de que la AEM no tiene importancia y eliminar la vergüenza asociada con tocarse el propio cuerpo (Cruz-Castillo et al., 2015).

El modelo de creencias de salud (MCS) propone que para que una persona pueda llevar a cabo una conducta de salud está altamente influenciada por cuatro variables psicológicas: 1) la persona debe percibirse vulnerable a una enfermedad (susceptibilidad percibida); 2) la percepción que tiene de las consecuencias de su condición, tanto medica como sociales sean graves (seriedad percibida); 3) la creencia que tiene sobre reducir o eliminar la enfermedad mediante conductas de salud (beneficios percibidos); 4) todos los inconvenientes que considera una barrera negativa, en el caso de la acción preventiva pueden ser superados (barreras percibidas), otra variable adicional son las “clave para la acción” (p. ej. Recibir una invitación para participar en un programa de cribado). Algunas otras variables fueron agregadas por Becker en 1974 como la motivación general para la salud, la autoeficacia, el valor otorgado a la salud, y el locus de control de la salud (Rosenstock, 1974).

El MCS se ha utilizado para identificar los factores relevantes necesarios para asegurar que una mujer se realice la AEM (Champion, 1984). Se han encontrado varias intervenciones que utilizando este modelo y van dirigidas al aumento de comportamientos de detección del cáncer de mama, una de ellas estuvo dirigida a mujeres migrantes, los resultados mostraron que las tasas de la AEM, examen clínico de mama y la mamografía fue mayor en los 3 y 6 meses en mujeres en el grupo de intervención en comparación con las mujeres en el grupo control

(Kolutek, Avci, & Sevig, 2018). Igualmente un estudio donde se buscó identificar el efecto de las visitas de seguimiento planificadas sobre las creencias de salud de las mujeres y conductas relacionadas con la detección del cáncer de mama, se encontró que la frecuencia de realización de la AEM en la última visita aumentó en comparación con la primer visita de seguimiento (Tuzcu, Bahar, & Gözüm, 2016).

Se ha encontrado que las variables del MCS cambian después de una intervención, en un estudio donde el objetivo fue evaluar la eficacia de la consejería de promoción de la salud mamaria sobre los comportamientos de detección del cáncer de mama, los principales resultados fueron que mejoró el conocimiento, cambios en el dominio de las habilidades y detección de grumos en el AEM, examen clínico de mamas y mamografía; además hubo un aumento en las puntuaciones de susceptibilidad percibida, los beneficios percibidos de la AEM y de la mamografía después de la intervención (Ahmed, Osman, & Elmatti, 2014).

Otro estudio donde el objetivo fue determinar la efectividad de una capacitación sobre el conocimiento de los factores de riesgo relevantes en cáncer de mama y los métodos de detección, conductas de detección y creencias de salud entre mujeres sanas, los resultados muestran un incremento significativo en el conocimiento del cáncer de mama, los comportamientos de detección y práctica de AEM y también se observaron diferencias significativas en la susceptibilidad, beneficio, barreras, autoeficacia y motivación para la salud en la prueba posterior a las sesiones(Yilmaz, Sayin, & Oner Cengiz, 2017).

De igual forma se utilizó el modelo en un estudio realizado con maestras de escuela primaria donde el objetivo fue comparar los efectos de diferentes iniciativas educativas sobre las creencias y conductas relacionadas con la práctica del diagnóstico precoz del cáncer de mama, se encontró que ambos grupos mejoraron su conocimiento de la AEM, la susceptibilidad, la autoeficacia

percibida de la AEM y los beneficios percibidos de la mamografía después de la educación (Avci & Gozum, 2009).

Las intervenciones educativas pueden modificar el modelo de creencias de salud, en otra investigación que consistió en educar a las mujeres de 40 años o más para aumentar su conciencia sobre la detección precoz y diagnóstico, los resultados mostraron diferencias en las creencias de salud de las mujeres, las puntuaciones de las barreras con respecto a la AEM y la mamografía disminuyeron después del entrenamiento, además aumentó significativamente el conocimiento de la AEM

Algunas de estas intervenciones educativas han sido aplicadas en línea, en una investigación donde se buscó evaluar la efectividad de un modelo de educación en línea en la enseñanza del autoexamen de mamas al personal universitario y los estudiantes, se mostró que la tasa de práctica sistemática de la AEM entre las mujeres aumentó significativamente después del entrenamiento. La educación en línea es un método eficaz para enseñar el autoexamen de mamas a mujeres (Degirmenci et al., 2014).

Otra intervención realizada que buscaba ver la eficacia de una intervención basada en el diseño de una página web para ayudar a las mujeres a tomar mejores decisiones sobre la salud de sus senos, donde se reclutaron mujeres del público en general para que fueran asignadas al azar a un grupo de intervención activa o un grupo de control donde la intervención fue diferida, se obtuvieron mejoras significativas en el cribado mamográfico en las mujeres de intervención activa en comparación con las mujeres de control donde la intervención fue diferida. Los efectos de la intervención fueron mayores en las mujeres que aumentaron el conocimiento sobre la salud de los senos y disminuyeron la preocupación por el cáncer durante la intervención (Bowen et al., 2017).

1.1 Planteamiento del problema.

Las intervenciones de detección del cáncer de mama como una herramienta de tamizaje han sido uno de los desafíos en salud pública ya que existe muy poca cobertura en la detección y hay poca profesionalización en los programas de prevención y control (Torres-Mejía, Ánzgeles-Llerenas, & Lazcano-Ponce, 2011), se ha encontrado que las intervenciones de concientización sobre el cáncer de mama aumentan la aceptación de las conductas de la AEM y amplían la probabilidad de asistencia al examen de detección de cáncer de mama (Anastasi & Lusher, 2019).

En México, se encontró un estudio el cual consistió en una estrategia educativa para mejorar el conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama y cervical en estudiantes de secundaria Mexicanos, en esta investigación se consideró que el aprendizaje en medidas preventivas es importante para sensibilizar a los individuos a la prevención mediante campañas contra el cáncer, esta estrategia demostró mejorar el nivel de conocimiento de los estudiantes de una manera fácil y accesible (Calderón- Garcidueñas et al., 2015) sin embargo, la limitación más importante de este diseño es la falta de grupo de control independiente.

Esta misma limitante coincide con el estudio que se realizó para evaluar la educación del autoexamen de mamas en estudiantes universitarias después de ser implementando el programa educativo, después de la evaluación del programa se observaron aumentos significativos en el conocimiento de la AEM, en la susceptibilidad, severidad y beneficio percibidos, sin embargo en este estudio tampoco se comparó con un grupo control, al igual que en otros estudios (Moodi, Mood, Sharifirad, Shahnazi, & Sharifzadeh, 2011; Taha et al., 2010).

Existen pocas intervenciones realizadas con población mexicana, y las que se han realizado han sido en EUA con migrantes mexicano-americanos teniendo como resultado modificaciones en la educación grupal en lugar de la educación individualizada, aplicando una intervención ampliada de prevención y orientación

del cáncer para eliminar barreras y facilitar el acceso a la atención (Savas, Heredia, Coan, & Fernandez, 2018) también con migrantes mexicanas se encontró que el cambio en el conocimiento de detección puede influir en el riesgo percibido que influye en la intención de ser examinado (Dwivedi et al., 2018) sin embargo, no se pueden generalizar ya que son resultados específicamente con mujeres de esa población y con características socioculturales diferentes a las que viven en México.

En una revisión realizada por (Falk, 2018), sobre intervenciones de prevención del cáncer de mama y / o cáncer cervical para mujeres rurales, se encontró que, la falta de evaluación de las campañas para ver si han sido adecuadamente es una importante limitación en todos los estudios encontrados. Además, que el sesgo de publicación también amenaza la validez de los resultados de la revisión, ya que los artículos con resultados negativos o nulos a menudo no se publican.

Por todo lo anterior mencionado, las intervenciones para el aumento de la detección oportuna del cáncer de mama han mostrado una mejora en el conocimiento y en la práctica de la autoexploración mamaria, sin embargo, se considera importante incrementar la evidencia en México y en población latina de los efectos de las intervenciones.

Por lo tanto, se plantea el presente estudio para dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos de una intervención psicoeducativa respecto a la autoexploración mamaria y las variables del modelo de creencias de salud en estudiantes Universitarias?

1.2 Justificación

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en el 2017 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En México, el cáncer más frecuente en el país es el de mama, con 27,500 casos por año, a su vez, el cáncer de mama ocasiona 7,000 defunciones al año. Actualmente, es la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas adultas de 30 a 54 años de edad; la prevención y detección temprana son esenciales para disminuir las cifras de mortalidad por cáncer, ya que en México se registra 14% de las defunciones por esta enfermedad, (Instituto Nacional de Cancerología [INCAN], 2018).

Para el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) es muy importante fortalecer las intervenciones de prevención primaria y secundaria para el cáncer de mama por el alto costo personal y económico que implica esta enfermedad en México la cual es considerada ya un problema de salud pública (Reynoso-Noverón & Mohar, 2014).

Los programas de prevención y detección oportuna en México no han resultado favorables en cuanto a frenar la aparición de casos y muertes por esta enfermedad (Dórame-López, Tejada-Tayabas, Galarza-Tejada, & Moreno-González, 2017). Se calcula que la incidencia aumentará en un 50% en el año 2020 (Delgado, López, Uriostegui, & Barajas, 2016), por ende, las mujeres deben realizarse de manera pertinente el autoexamen de seno siendo este uno de los métodos para la detección temprana.

La autoexploración permite vigilar, mediante la observación y la palpación, el aspecto, tamaño y forma de las mamas, así como la aparición de bultos tanto en las mamas como en las axilas (Sociedad Mexicana de Oncología [SMeO], 2016);

sin embargo a pesar de que algunas conocen el autoexamen de mamas, no se realizan la práctica (Delgadillo, Rupher, Flores, & Cho, 2012); se ha encontrado que las mujeres de la unidad de medicina familiar tienen mala técnica en la autoexploración mamaria (Delgado et al., 2016) aplicar una intervención que pueda ayudar a aumentar la frecuencia del autoexamen de senos, beneficiaria a las mujeres enseñándoles la forma adecuada de realizárselo, además de que se ha comprobado la importancia de ofrecer un soporte de intervención que se pueda medir a largo plazo (López-Carrillo et al., 2014).

Es importante fomentar el uso de la AEM desde edades tempranas, se ha reportado que, en estudiantes universitarias, un 75% conoce la AEM, el 65% la ha practicado alguna vez y solo un 11% la realiza una vez al mes como se recomienda. Asimismo, las estudiantes que no se han realizado la AEM tienen más barreras percibidas y menor autoeficacia y motivación para la salud (Juárez-García & Téllez, 2019).

La educación para la detección de cáncer de mama utilizando el modelo de creencias de salud ha sido de gran utilidad, en un estudio se encontraron diferencias significativas en susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras y autoeficacia en la mamografía en comparación con el grupo control después de la intervención educativa (Rezaeian, Sharifirad, Mostafavi, Moodi, & Hadi Abbasi, 2014).

Se ha encontrado que las mujeres se benefician con los programas educativos aumentando las veces en que se monitorean a sí mismas para detectar anomalías en sus senos (Al-Suroj, Al Ali, & Al-Saleh, 2018) y además incrementan sus conocimientos de la AEM (Delgadillo et al., 2012). Dicha intervención ayudaría a modificar la percepción de que la autoexploración no tiene importancia y eliminar la vergüenza asociada con tocarse el propio cuerpo (Cruz-Castillo et al., 2015).

1.3 Objetivo general.

Evaluar los efectos de la intervención psicoeducativa respecto a la autoexploración mamaria y las variables del Modelo de Creencias de Salud (MCS) en estudiantes universitarias.

1.4 Objetivos específicos.

- Evaluar si existen diferencias en las de susceptibilidad percibida, severidad percibida, barreras percibidas, beneficios percibidos, autoeficacia, motivación para la salud y el uso de la AEM entre el grupo de intervención y el grupo control de estudiantes universitarias.
- Evaluar los efectos del programa de intervención en la práctica de la autoexploración mamaria.

1.5 Limitaciones y Delimitaciones

El presente trabajo se desarrolló con la participación voluntaria de las estudiantes universitarias mayores de 20 años, con la intención de realizar una intervención que incluía tres sesiones de las cuales algunas no eran concluidas por las estudiantes, ya que se realizaban cada 15 días, y algunas desertaron dentro de este periodo de tiempo, algunos factores como la edad eran una limitante para poder conseguir más estudiantes dentro de la intervención, el poder conseguir permiso en algunas facultades fue un elemento importante ya que no se consiguió autorización en todas las facultades.

Para poder realizar las sesiones se consiguió material necesario para la enseñanza de la autoexploración mamaria, algunas limitaciones para que las estudiantes pudieran participar en el estudio fue su horario de clases el cual no concordaba con algún horario de las sesiones de intervención.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Psicología de la Salud

El concepto de salud ha sido entendida como el estado de bienestar físico, psicológico y social, es por eso que en los últimos años el área de psicología de la salud ha tomado importancia, esto se debe a que el comportamiento está en constante interacción con el entorno y este comportamiento está en función de variables que pueden estar condicionando la salud del individuo, desde esta área los factores psicosociales afectan a la salud, estos pueden afectar a que una persona sea más vulnerable a una determinada enfermedad, esto muestra que las creencias, actitudes, hábitos y en definitiva el comportamiento forma parte de las problemáticas en salud (Oblitas, 2010).

Actualmente es de vital importancia los aspecto preventivos de las enfermedades esto se debe al costo económico de las enfermedades crónico degenerativas, igualmente ha aumentado el interés por la parte preventiva, estudios epidemiológicos indican que los gastos relativos al cuidado médico tienen poca influencia en la expectativa de vida, sin embargo la medicina preventiva y los programas de inmunización han aumentado la esperanza de vida de la población, no obstante una muerte temprana está relacionada de manera significativa con el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales (Oblitas, 2010).

La prevención en el cáncer de mama ha sido un reto para las instituciones de salud, ya que a pesar de los esfuerzos realizados por prevenir la enfermedad y realizar una detección oportuna, sigue siendo una enfermedad que se detecta en etapas avanzadas, desde la psicología de la salud se estudia como las conductas en salud y de prevención influyen en el individuo y directamente en su salud, es

por eso que los programas de psicoeducación juega un papel importante en la prevención de las enfermedades. El modelo psicoeducativo tiene como finalidad educar e informar, desde una perspectiva bio-psico-social, sobre los conocimientos y aspectos esenciales de la enfermedad (Oblitas, 2010).

EL papel del psicólogo de la salud es de suma importancia en la detección oportuna, la psicoeducación puede ayudar a mejorar el conocimiento en la en mujeres después de llevar capacitaciones sobre el cáncer de mama, aumentando los beneficios percibidos y la confianza al momento de realizar la autoexploración (Nural et al., 2009; Tuzcu et al., 2016). En otros estudios se ha encontrado que las mujeres que llevan capacitación sobre la detección de grumos en las mamas puede ayudar a modificar su modelo de creencias y mejorar las habilidades de detección, además de que se puede abrir una red de apoyo en la cual ellas pueden capacitar a más mujeres dentro de su núcleo familiar (Abasi, Tahmasebi, Zafari, Tofigi, & Hasani, 2017).

2.2 Modelos de cambio de comportamiento en salud

Los programas de promoción de la salud más efectivos se basan en teorías del comportamiento de la salud. Las teorías se usan para proporcionan la base conceptual sobre la cual se construyen los programas de promoción de la salud y para poder guiar el proceso real de planificación, implementación y evaluación de un programa. Las teorías utilizadas en el campo de la promoción de la salud se han derivado de múltiples disciplinas, incluidas la educación, la sociología, la psicología, la antropología y la salud pública. Específicamente, en ausencia de teorías, es difícil identificar cómo los programas de promoción de la salud afectan los factores que influyen en la salud a nivel individual, familiar o social. Las teorías o modelo que se aplican en la promoción de la salud se utilizan para guiar las intervenciones que se realizan en múltiples entornos, incluidas las escuelas, las comunidades, los lugares de trabajo, las organizaciones de atención médica, los hogares y el mercado de consumo, es decir algunas aplican según los niveles

donde se quiera impactar en el cambio de comportamiento en salud (Charles & Paschal, 1997).

Muchas de las teorías sobre el comportamiento, la comunicación, la educación en salud, medios de comunicación y planificación social son muy importantes para la comprensión de la conducta humana, o también llamadas teorías de la conducta, estas explican sus determinantes y han logrado ser una base importante de estudios en salud (Donohew, Sypher, & Bukoski, 1991).

Las teorías y modelos que se han desarrollado para poder comprender la conducta humana nos ayudan a comprender el origen de los comportamientos en salud a los que queremos llegar, estos ayudan a explicar la dinámica de un comportamiento, el procedimiento de cambiarlo y los efectos que causan las influencias externas a él, estas pueden ayudar a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para poder generar un cambio (Ríos, 2011).

Las teorías o los modelos del cambio de conductas proponen que el aprendizaje de nuevos comportamientos se va adquiriendo, a través de diversas etapas, después el comportamiento se vuelve parte de la vida diaria. La mayoría de los modelos se enfocan en que estas conductas se forman de manera individual, sin tomar en cuenta factores externos (Ríos, 2011).

Dentro de todas las teorías que se utilizan para organizar una intervención psicológica, se encuentran tres niveles que interfieren en la planificación para los programas de promoción de la salud: intrapersonal (individual), interpersonal y a nivel poblacional (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988).

2.3 Modelos en el nivel Intrapersonal.

2.3.1 La Teoría de la Motivación para la Protección

La teoría de la motivación de protección puede considerarse dentro de una categoría más general de teorías que emplean construcciones de "expectativa" y "valor", o también conocida dentro de las teorías de los medios y los fines al igual que la teoría de la utilidad subjetiva esperada, estas teorías se han aplicado a varios fenómenos psicológicos sociales como la estructura de las actitudes, la predicción del comportamiento a partir de medidas de autoinforme y persuasión en el campo de la salud social (Rogers, 1975).

La teoría de la motivación de protección postula que los tres componentes cruciales de una apelación al miedo son (a) la magnitud de la nocividad de un evento representado; (b) la probabilidad de que ocurra ese evento; y (c) la eficacia de una respuesta protectora. Cada una de estas variables de comunicación inicia los procesos de evaluación cognitiva correspondientes que median el cambio de actitud (Rogers, 1975).

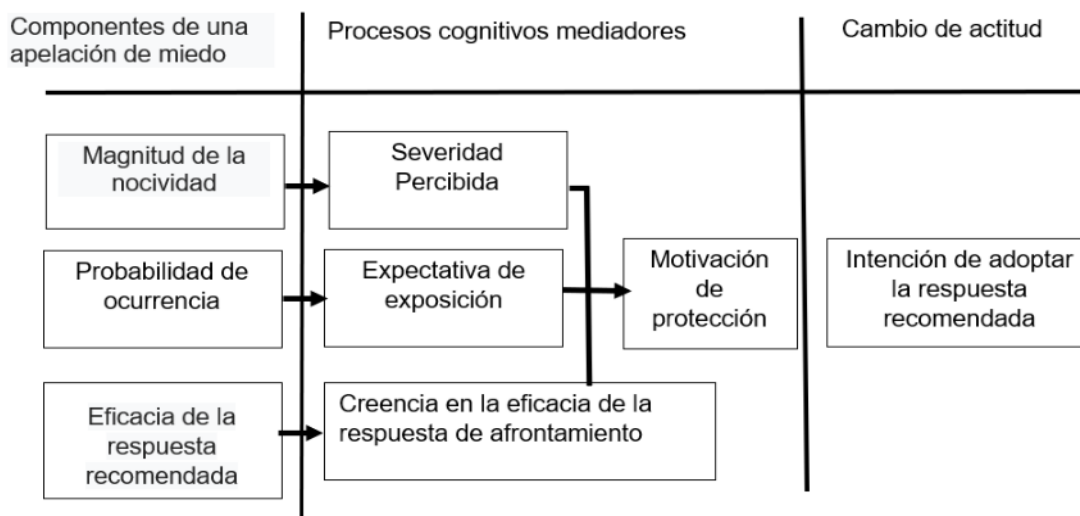


Figura 1. Esquema de la Teoría de la Motivación por la Protección. Adaptado de "A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change", de Rogers (1975).

Cada uno de los tres componentes de una apelación al miedo inicia un proceso cognitivo de mediación. En la Figura 1 se muestra un esquema de los componentes de comunicación y los procesos de mediación de la teoría de la motivación de protección. Cada uno de estos procesos evalúa la información de comunicación sobre la nocividad, la probabilidad o la eficacia al colocar cada estímulo en las dimensiones de la gravedad estimada del evento representado, la expectativa de exposición al evento, o creencia en la eficacia de la respuesta de afrontamiento recomendada, respectivamente. La hipótesis de trabajo es que estos procesos cognitivos son independientes. Cada uno de estos procesos de evaluación será aproximadamente proporcional a la fuerza de la variable ambiental asociada (Rogers, 1975).

Por lo tanto, la motivación de protección surge de la evaluación cognitiva de un evento representado como nocivo y probable de ocurrir, en el caso del cáncer de mama la persona evalúa la apelación al miedo de poder tenerlo, junto con la creencia de que una respuesta de afrontamiento recomendada puede prevenir efectivamente la ocurrencia del evento aversivo, es decir si hago dieta, ejercicio, la autoexploración mamaria y revisiones médicas. Si un evento no se considera tan severo, como podría ser una gripe como es probable que ocurra, o si no se puede hacer nada al respecto, como una enfermedad terminal, no se generará ninguna motivación de protección y, por lo tanto, no habrá cambios en las intenciones de comportamiento (Rogers, 1975). Esta teoría se reduce a que el único motivante es el peligro percibido lo cual no cubre otras variables que son importantes en la tomar acciones en temas de salud.

2.3.2 Teoría de la Acción razonada y del comportamiento planificado.

La teoría de la acción razonada ha sido muy utilizada por organismos en relación con los comportamientos de salud. Se ha probado su eficacia en muchas investigaciones científicas, ha sido considerada una teoría cognitiva e intrapersonal, las personas se ven influenciadas por su entorno y viceversa, la

Teoría de Acción Razonada trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta (Ajzen & Fishbein, 2005).

En esta teoría las creencias están de una forma implícita que dicta la misma sociedad en donde la persona se desenvuelve (Maibach & Parrott, 1995), también hace una diferencia entre la actitud hacia una condición o actitudes de salud como prevención. La teoría propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención a la vez depende de (Ajzen & Fishbein, 2005):

1. La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud.
2. La percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta la norma subjetiva.

Fishbein & Ajzen (1975) definen actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión.

La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera, de acuerdo con la Teoría de Acción Razonada asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar (o no realizar) una conducta específica. La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular y dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es considerada la pieza de información más importante para la predicción de una determinada conducta.

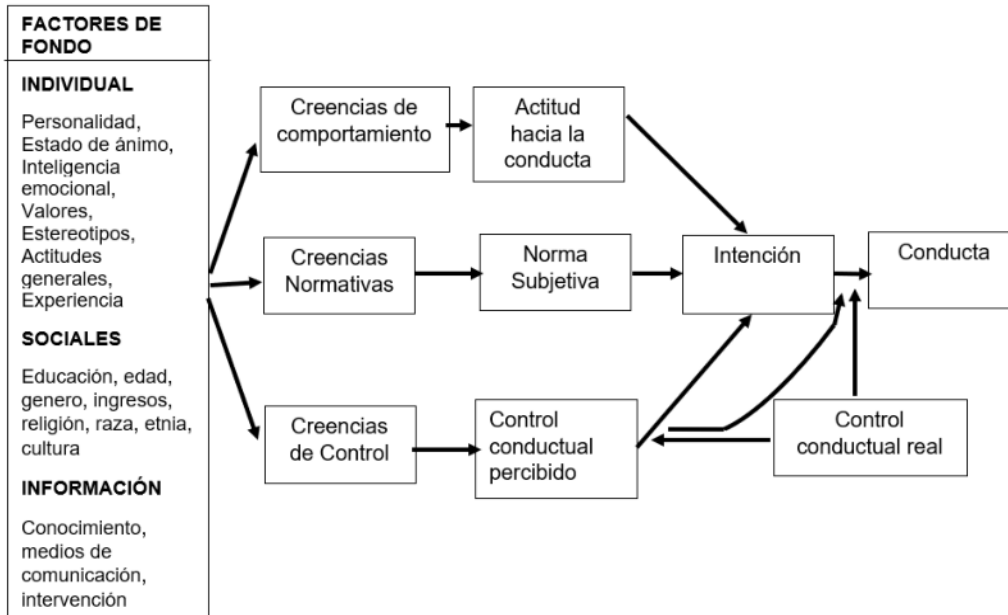


Figura 2. Teoría de la Acción Razonada y del comportamiento planificado. Adaptado de *“Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research”* de Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975).

La Teoría de Acción Razonada sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivos. Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención (actitud o norma subjetiva) (Fishbein & Ajzen, 1975).

Esta teoría representa una importante aportación al estudio del comportamiento humano, ya que ofrece un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores que en otras teorías se consideran de manera aislada. Podríamos indicar que el modelo propuesto por es bastante completo y permite obtener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta (Fishbein

& Ajzen, 1975). Factores que suelen ser identificados por la psicología social simplemente dentro de la categoría actitud, pero que en esta teoría aparecen discriminados. Se toman en cuenta factores individuales como grupales, siendo ésta, una de las principales ventajas técnicas.

El modelo de la teoría del comportamiento planificado, es un derivado de la teoría de la acción razonada, este modelo describe que las personas están motivadas para cambiar en percepción de sus normas, actitudes y control sobre los comportamientos, cada uno de estos aumentan o disminuyen la intención de una persona de cambiar su comportamiento, dentro de esta teoría del comportamiento planificado la intención conductual determina el comportamiento, y la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva y el control conductual percibido influyen en la intención conductual, según este modelo las actitudes hacia el comportamiento están formadas por creencias sobre lo que conlleva realizar el comportamiento y los resultados del comportamiento.

Las creencias sobre los estándares sociales y la motivación para cumplir con esas normas afectan las normas subjetivas (Ajzen & Fishbein, 2005). En cuanto a esta teoría a pesar de que tiene una visión más amplia de la toma de decisión en las conductas en salud, no menciona, lo que en anteriores propuestas se comenta sobre la percepción de la conducta como buena o mala.

2.3.3 El modelo de creencias de salud.

El modelo intrapersonal que es base del presente estudio es el modelo de creencias de salud (MCS), el modelo fue desarrollado a principios de la década de 1950 por un grupo de psicólogos sociales en el servicio de salud pública en EUA fue un intento de poder entender cuál fue el fracaso de un individuo al aceptar los medicamentos preventivos de enfermedad o pruebas de detección temprana de algunas enfermedades asintomáticas, después se aplicó a las respuestas de los pacientes a los síntomas y al cumplimiento de los regímenes

médicos prescritos (Rosenstock, 1974).

Este modelo ha sido utilizado para poder explicar muchas conductas asociadas con la salud, y reacciones ante algunos síntomas de enfermedades y sobre las indicaciones medicas que se les daban (Kirscht, 1974). El modelo de creencias surgió también para poder explicar conductas preventivas en salud como las vacunas, el tabaquismo y la autoexploración mamaria (Hallal, 1982).

El primer acercamiento de los psicólogos fue orientado a encontrar respuestas a los problemas de carácter social, teniendo un principal énfasis en la educación para la salud, lo que estos autores buscaban era comprender porque las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas como acudir a sus revisiones médicas para poder detectar alguna enfermedad, por lo tanto su objetivo primario era la prevención (Moreno & Gil, 2003).

El modelo de creencias de salud ha generado numerosas investigaciones, estudios en trastornos cardiacos, de cáncer de pulmón, de práctica de la autoexploración de mama y las creencias de salud en la prevención del cáncer, consumo de tabaco, de la hepatitis, del SIDA, las prácticas de contracepción, el cuidado dental, los relacionados con niños y adolescentes, este modelo es uno de los temas más importantes en psicología de la salud (Moreno & Gil, 2003).

Los componentes del modelo de creencias se derivan de un cuerpo bien establecido de la teoría psicológica y conductual, en donde los dos modelos plantean hipótesis de que el comportamiento dependen de dos variables: el valor colocado por un individuo en un particular y la estimación del individuo de la probabilidad de que una acción determinada se logre ese objetivo, cuando estas dos variables fueron aplicadas en el contexto del comportamiento de salud, el resultado fue: 1) deseo de evitar la enfermedad (o si está enfermo, de obtener la salud), 2) la creencia de que una acción de salud especifica prevalecerá (es decir la estimación de una persona de que existe una amenaza de enfermedad y de la

probabilidad de ser capa, a través de su acción personal, de reducir esa amenaza) (Rosenstock, 1974).

La susceptibilidad percibida, es una dimensión importante, ante un determinado problema de salud, que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermarse, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo (Rosenstock, 1974).

La severidad percibida, se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por una lado las consecuencias médico clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.) (Rosenstock, 1974).

Los beneficios percibidos, el curso de acción específico dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos (Rosenstock, 1974).

Las barreras percibidas, otra dimensión del modelo tiene que ver con que determinadas barreras percibidas se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente

negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud, pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso (Rosenstock, 1974).

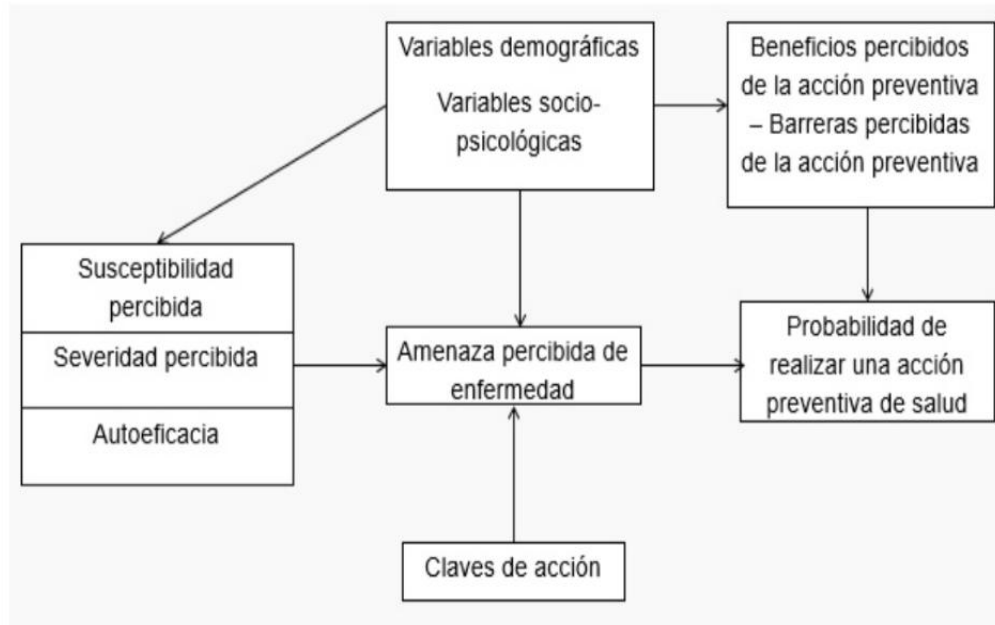


Figura 3. Modelo de Creencias de Salud. Adaptado de “The health belief model: A decade later”, de Janz, N. y Becker, M. H. (1984). Health Education Quartely, 11(1), 1-47.

En un comienzo se consideró como parte de las variables que influían en una conducta de salud las claves para la acción y la motivación para la salud. La clave para la acción consiste en un estímulo externo o interno que detona acciones en el individuo (Rosenstock, 1974).

Una variable que se tomó en cuenta al principio fue la motivación para la salud, sin embargo fue descartada por problemas de operacionalización, hasta algunos años después se integró nuevamente en el modelo (Janz & Becker, 1984).

Motivación para la salud, esta variable de motivación para la salud se refiere a cuanta información y motivación existe en una persona sobre su salud (Ortiz & Ortiz, 2007), si se cuenta con un alto nivel de motivación para la salud y asociado

también a otras dimensiones, es más probable que se realice una conducta saludable (Hajian-Tilaki & Auladi, 2014).

Otra dimensión que se añadió posteriormente fue la autoeficacia o eficacia percibida, ya que inicialmente el modelo no consideraba la capacidad percibida del individuo para realizar una conducta relacionada a la salud (Ogden, 2004).

Autoeficacia, consiste en la confianza percibida al realizar una determinada conducta (Champion & Scott, 1997), es decir la convicción de que uno puede ejecutar con éxito el comportamiento requerido para producir los resultados, hay evidencia de que la fuerza de la creencia de una persona en su capacidad para emprender y / o mantener el cese está relacionada con el comportamiento de salud (Janz & Becker, 1984).

También se asume que diversas variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales, puedan afectar la percepción del individuo y de esa forma influir indirectamente en sus conductas de salud (Janz & Becker, 1984).

El Modelo de Creencias de Salud y la Autoexploración de mama

Como ya se mencionó anteriormente, las aportaciones que han realizado los investigadores muestran la eficacia del modelo para predecir la utilización de servicios de salud preventivos (Wald, Muennig, O, & Ewing Garber, 2014), una de las áreas más exploradas por este modelo es la relación entre las creencias de salud y la participación en programas preventivos en relación con la detección precoz del cáncer de mama (Lostao, 2016).

Dichas investigaciones han utilizado el modelo de creencias de salud algunas donde el objetivo fue desarrollar conductas de detección del cáncer de mama en mujeres migrantes a través de intervenciones de enfermería basadas en el modelo de creencias sobre la salud y el modelo de promoción de la salud,

también otro estudio donde se buscó la educación del autoexamen de mamas en mujeres estudiantes universitarias que usan el modelo de creencia en la salud (Moodi et al., 2011; Tuzcu et al., 2016).

Se ha utilizado el modelo en estudios para identificar si existe asociación entre el autoexamen de mama y las creencias en salud en estudiantes universitarias con pareja, encontrando que las mujeres que no tenían pareja mostraron mayores barreras hacia el autoexamen y menores beneficios percibidos (Meneses-Echávez et al., 2018).

Los estudios muestran que las diferentes dimensiones del MCS influyen de manera diferente en la práctica de la AEM. Los beneficios percibidos, la autoeficacia percibida y la motivación para la salud tienen una fuerte asociación con la realización de la AEM en mujeres iraníes (Hajian-Tilaki & Auladi, 2014), las estudiantes mujeres que tenían una mayor motivación para la salud y tenían una mayor confianza en la AEM tenían más probabilidades de realizar el cribado (Akhtari-Zavare, Juni, Said, & Ismail, 2013).

2.4 Modelos en el nivel interpersonal.

El segundo nivel de las teorías de la salud se centra en las personas dentro de su entorno social, nuestro entorno social incluye a las personas con las que interactuamos y vivimos nuestra vida diaria (por ejemplo, miembros de la familia, compañeros de trabajo, amigos, compañeros, maestros, clérigos, profesionales de la salud). Las teorías reconocen que estamos influenciados e influenciamos a otros a través de opiniones personales, creencias, comportamientos, consejos y apoyo, que a su vez influyen en nuestra salud y la de los demás (Fertman & Allensworth, 1990).

2.4.1 La teoría cognitiva social.

Dentro de este nivel se habla de dos teorías la primera es la teoría cognitiva social evolucionó a partir de la teoría del aprendizaje social, que fue creada por Albert Bandura a principios de la década de 1960 (Bandura, 1986).

De acuerdo con Díaz-González et al. (2005) la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura los individuos adquieren habilidades y conductas de modo operante e instrumental, y mediante la observación y la imitación entran factores cognitivos que facilitan a los seres humanos decidir si llevar a cabo a través de la imitación la conducta o no. Bandura le da mucho valor a las expectativas que la persona pone sobre adquirir una conducta, esta es la clave de su teoría.

De acuerdo con esta teoría, el comportamiento de un individuo está determinado de manera única por cada uno de estos tres factores (Bandura, 1986): factores personales: las expectativas, creencias, autopercepciones, metas e intenciones de una persona dan forma y comportamiento directo, factores ambientales: las expectativas humanas, las creencias y las competencias cognitivas se desarrollan y modifican por las influencias sociales y las estructuras físicas del entorno, factores de comportamiento: el comportamiento de una persona determinará los aspectos del entorno de la persona a los que está expuesta, y el comportamiento, a su vez, se modifica por ese entorno Bandura distingue entre expectativas de autoeficacia y de resultados, es decir una persona puede creer que alimentarse mejor puede ayudarle a prevenir alguna enfermedad (expectativas de resultados), pero puede no realizar esa conducta porque no confía en poder llevarla a cabo (expectativas de autoeficacia). Dichas expectativas se van creando a través de las vivencias pasadas que hayan experimentado (éxitos y fracasos personales), la experiencia vicaria (éxitos y fracasos ajenos) y la activación emocional (ansiedad ante el reto de dejar de utilizar estupefacientes), la persona, el ambiente y la conducta. La autoeficiencia o la autoeficacia se presenta mediante la creencia que tiene la persona de poder realizar dicha conducta (Bandura, 1986).

2.4.2 Teoría de redes sociales y apoyo social.

Otra teoría dentro del segundo nivel, el nivel interpersonal donde se incluye el entorno social, es la de las redes y apoyo sociales, es bien sabido que las redes sociales y las relaciones sociales han tenido un gran efecto en aspectos relevantes de la salud física y mental de un individuo, una red social puede ser cualquier relación que genere un lazo social, existen cinco formas en que estos lazos influyen en la salud: (1) provisión de apoyo social; (2) influencia social; (3) compromiso social; (4) contacto de persona a persona; y (5) acceso a recursos y bienes materiales (Tway, Connolly, & Novak, 2007).

La estructura de los lazos de red influye en la salud a través de la provisión de apoyo social. El apoyo social se ha definido como la comodidad física y emocional que nos brindan nuestra familia, amigos, compañeros de trabajo y otros (Fertman & Allensworth, 1990). El apoyo social generalmente se divide en cinco subtipos (construcciones): emocional, instrumental, evaluación, compartir puntos de vista y apoyo informativo, igualmente importantes son las formas en que las relaciones sociales proporcionan una base para la intimidad y el apego. La intimidad y el apego tienen un significado no solo en las relaciones que tradicionalmente se consideran íntimas (por ejemplo, entre parejas o entre padres e hijos) sino también en lazos más extendidos con la comunidad. Por ejemplo, los académicos se han centrado recientemente en el papel del capital social en la salud general (Stephens, 2008).

2.5 Intervención Psicológica en Salud

Actualmente existe una área de la psicología que se enfoca en la prevención de las enfermedades crónicas, por lo general estos son psicólogos conductuales que trabajan en el área de la salud para promover la prevención de enfermedades, cambios de estilo de vida, atención de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, rehabilitación de pacientes etc., estos psicólogos conductuales tienen como tarea el campo de la salud diseñar y aplicar programas de entrenamiento para que las personas sean más sanas y prevenir la aparición de enfermedades, en los últimos años surgió un nuevo enfoque de tratamiento clínico que intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos de pensamiento la cual es denominada terapia cognitivo-conductual (Reynoso-Erao & Seligson, 2005).

2.6 Técnicas cognitivo-conductuales

Las técnicas cognitivas son de gran utilidad, tanto para el análisis como para la intervención de numerosos trastornos y problemáticas psicológicas (Bragado & Carrasco, 1987) mencionan que las técnicas cognitivo conductuales son efectivas principalmente por el componente conductual que conllevan, más que por el cognitivo, estas técnicas se encuentran ligadas con la psicoeducación que recibe la persona la cual permite brindar la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo, estas tienen por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida (Fabelo, Iglesias, & Núñez, 2011).

Para la presente investigación fueron utilizadas las siguientes técnicas cognitivo - conductuales que se describen a continuación:

2.6.1 Psicoeducación

Existen algunas técnicas que han sido de mucha utilidad para la prevención de enfermedades, dentro de la terapia cognitivo conductual ha sido de mucha utilidad la psicoeducación esta técnica se ha aplicado dentro de un contexto universitario para la prevención de las adicciones, donde se encontró que el programa aplicado fue eficaz en la mayoría de los sujetos estudiados, determinó la disminución de la vulnerabilidad al estrés a partir de la creación de fortalezas para afrontarlo (Fabelo et al., 2011).

La psicoeducación al comienzo se utilizaba en tratamiento de enfermedades mentales, este modelo plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución para el individuo, en el caso de la prevención del cáncer de se utiliza como método de información para realizarse eficaz mente los métodos de detección (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).

El utilizar la intervención psicoeducativa en el trabajo con grupos puede tener importantes beneficios en la intervención ya que potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y, con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal, especialmente en situaciones que puedan mostrar dificultad; demás que, proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se favorece el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos; y finalmente, la intervención grupal con personas que presentan problemas similares permite economizar tiempo y esfuerzo a los profesionales de la salud responsables de la atención a las familias (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).

La psicoeducación puede estar compuesta de varias sesiones en el trabajo grupal, depende de la información y los contenidos de los temas a transmitir, esta

intervención psicoeducativa puede consistir en varias fases: educativa, jerarquización de problemas, necesidades, y la practica ya en la vida cotidiana (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).

2.6.2 Entrenamiento en solución de problemas.

De igual forma el entrenamiento en solución de problemas tiene como objetivo ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas existen dos componentes en este proceso: 1) Orientación o actitud hacia los problemas, que refleja una actitud general hacia los problemas; y 2) Habilidades básicas de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

2.6.3 Modelado.

Las técnicas de modelado parten de los principios teóricos del aprendizaje observacional o vicarios desarrollados por Bandura. La relevancia de la imitación en los procesos de aprendizaje ya había sido destacada por Miller & Dollard (1941). Estos autores consideraban la imitación como un caso especial de condicionamiento instrumental. Asumen que el modelo actuaría como un estímulo discriminativo cuya conducta produce un indicio al que el observador responde imitando; si esta respuesta se recompensa, incrementa su frecuencia y puede generalizarse a otros modelos y conductas (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012), en el caso de la prevención del cáncer de mama esta técnica puede ser de utilidad mediante el aprendizaje de la autoexploración mamaria. El proceso de modelado implica tres fases secuenciales: exposición y observación, adquisición, aceptación/ejecución/imitación.

Según Ruiz et al. (2012), existen diferentes tipos de modelado:

1. El modelado in vivo: que es una exposición al objeto temido, una actividad o conducta a aprender que se lleva a cabo el modelo o modelos en presencia de un observador.
2. El modelado simbólico: El modelo o modelos se presenta en soporte audiovisual, escrito, en imaginación o mediante transmisión oral. Las películas de personajes favoritos, comportamientos de personas presentados en los medios de comunicación (por ejemplo, ídolos musicales o deportivos, publicidad), personajes de libros y cuentos, los mitos y descripción de comportamiento y de sus consecuencias, son procedimientos de modelado simbólico presentes a diario en nuestra sociedad para promover o generar patrones de conductas. Dentro de este tipo de modelado se encuentra el modelado encubierto, en esta técnica se presentan los componentes de la conducta a modelar pidiendo al observador que imagine las escenas que el terapeuta le va presentando. Se pide al sujeto que imagine a otra persona, héroe o animación que está llevando a cabo la conducta que se desea instaurar, cuando la imagen se tiene vívidamente se solicita que vaya realizándola tal y como la llevó a cabo o la realizó el modelo.
3. Modelado pasivo: El observador se expone al modelo y observa y aprende su conducta o pautas de acción (mediante modelado simbólico o in vivo). Posteriormente se procede a la fase de ejecución en la que el observador, sin ayuda del terapeuta o modelo, lleva a cabo la conducta o acciones observadas.
4. Modelado participante: se utiliza con frecuencia para el afrontamiento de situaciones que provocan ansiedad y que son evitadas por miedo o por falta de habilidad. La técnica se utiliza tanto de forma individual como en grupo.

2.5 Impacto de la intervención psicológica sobre la Salud

Existe evidencia de la eficacia de las intervenciones psicológicas en prevención de conductas en salud en un estudio realizado por Tuzcu et al. (2016) los resultados fueron que las tasas de autoexamen de mamas, examen clínico de mamas y mamografía fueron más altas en el 3er mes y en el 6to en mujeres en el grupo de intervención en comparación con las mujeres en el grupo control. Después de las intervenciones, se mostró una disminución en la percepción de la barrera de la Autoexploración en las mujeres en el grupo 1 y el aumento en la motivación de la salud afectó la Mamografía, la disminución de la percepción de la barrera afectó la mamografía de manera positiva.

De igual forma en otro estudio los resultados mostraron que la educación sobre el autoexamen de mama podría afectar positivamente el conocimiento de las mujeres en este sentido de que el grupo de intervención mostró una diferencia significativa en sus puntuaciones de conocimiento en la etapa posterior al entrenamiento, en comparación con la fase anterior al entrenamiento (Abasi et al., 2017).

Otra evidencia de la efectividad de las intervenciones psicológicas es el estudio de Gozum et al. (2010) donde se detectó cáncer de mama en 8 mujeres, los análisis estadísticos mostraron cambios positivos en las creencias de salud de las mujeres y en el conocimiento del autoexamen mamario el 20,4% de las mujeres (n = 1040) que se hicieron mamografías y el 8% (n = 8) se descubrió que las mujeres tenían cáncer en todas las pruebas de detección.

Así mismo, en otro estudio se encontraron resultados favorables encontrando que La frecuencia de realización el autoexamen de mama en la última visita aumentó a 84,3% en comparación con el preentrenamiento. También se observó diferencia entre el pre y post del entrenamiento. Los valores medianos en cuatro subescalas excepto la subescala de Gravedad percibida del cáncer cervical en

salud Escala modelo de creencia para el cáncer cervical y la citología vaginal Prueba (p <0.001). La tasa de realización de la Autoexploración incremento significativamente después de la capacitación y visitas de seguimiento. Además, la tasa de tener una prueba de Papanicolaou aumentó significativamente después del seguimiento hasta visitas (Kolutek et al., 2018).

2.7 Detección del cáncer de mama

En México, en 2011 entró en vigor la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, que estableció tres medidas de detección de esta enfermedad que deben realizar las mujeres: la autoexploración, el examen clínico de las mamas y las mastografías.

Según el Instituto nacional de cáncer (2018) existen varios métodos para la detección del cáncer de mama, el objetivo de estos métodos es encontrar el cáncer en un estadio más temprano en una etapa donde aún se pueda tratar y curar, los exámenes de detección son cuando aún no aparece algún síntoma, si el resultado se muestra anormal, se necesitarán procedimientos llamados diagnósticos, en lugar de un examen de detección.

Dentro de las pruebas más utilizadas para los métodos de detección se encuentra (Instituto nacional de cáncer [NIH], 2018):

2.6.1 El Examen clínico.

Un examen clínico de la mama es un examen de la mama realizado por un médico u otro profesional de la salud. El médico palpará cuidadosamente las mamas y el área debajo de los brazos para detectar masas o cualquier otra cosa que parezca extraña.

2.6.2 La mamografía.

Un mamograma o mamografía es una radiografía de la mama, sirve para poder

detectar tumores que difícilmente se encuentran en el tacto. También, permite encontrar un carcinoma ductal in situ (CDIS). En el CDIS, las células anormales revisten el conducto de la mama, y en algunas mujeres se puede convertir en cáncer invasivo.

2.6.3 La imagen por resonancia magnética (IRM).

Dentro de este proceso se utiliza un imán, ondas de radio y una computadora en el que se puede ver imágenes dentro del cuerpo. También es conocido como imágenes por resonancia magnética nuclear (IRMN), en este proceso no se utiliza rayos X por lo cual no se expone a radiación a la persona, es muy utilizado este método para personas que presenta un alto riesgo de cáncer de mama.

2.6.4 Termografía.

En esta técnica se utiliza una cámara especial que logra detectar el calor para registrar la temperatura de la piel que cubre las mamas, esta técnica es útil ya que existen cambios de temperatura en algunos tumores y se logra apreciar en el termograma.

2.6.5 Muestreo de tejido.

Este muestreo se utiliza con un microscopio donde se toman células del tejido de mama para observarlas.

2.6.6 Autoexploración.

El autoexploración puede realizarse a partir de los 20 años de edad, puede realizarse después del quinto y sexto día de haber tenido la menstruación, ya que es cuando los senos están más blandos, en cuanto a las mujeres que ya no presentan la menstruación, lo ideal sería poner un día al mes para realizársela, con el fin de fomentar esta actividad como un hábito, según Sardiñas (2009) la técnica consta de los siguientes pasos:

Inspección: se trata de ver la consistencia externa de los pechos. Se realiza examinando atentamente cada uno de ellos, comparándolos: frente a un espejo observar tamaño y posición simétricos; vigilar cambios en la textura de la piel (pliegues, huecos, etcétera) o eczemas alrededor del pezón; desviación o retracción del pezón, así como salida de secreciones. Este procedimiento debe realizarse con los brazos extendidos sobre los costados y posteriormente con los brazos levantados sobre la cabeza.

Palpación: permite descubrir posibles bultos anormales o nódulos en el pecho. Se realiza preferentemente en decúbito, colocando una almohadilla bajo la espalda en la región del seno a explorar. La palpación del seno derecho se realiza con la mano y el seno izquierdo con la mano contralateral. Con la yema de los dedos y con una presión moderada se inicia la exploración siguiendo la dirección de las manecillas del reloj o en forma de zig-zag, buscando nodulaciones pequeñas. La palpación deberá profundizarse hasta la región axilar de cada lado.

CAPÍTULO III

3. MÉTODO

Para el objetivo de la presente investigación el cual fue evaluar los efectos de la intervención psicoeducativa respecto a la autoexploración mamaria y las variables del Modelo de Creencias de Salud (MCS) en estudiantes universitarias, se planteó lo siguiente:

3.2 Diseño

Experimental, aleatorizado con grupo control.

Según Campbell & Stanley (1966) estos son los criterios para la nominación de los diseños experimentales: una asignación al azar o aleatorización, determinar el número o grupo de sujetos, para la presencia de un tratamiento, estímulo, o condición experimental, las cuales pueden ser varias, por lo que puede tener subíndices, una medición a los sujetos de un grupo. Puede tener subíndices para determinar el número de mediciones y ausencia de un estímulo, indica que se trata de un grupo control. Un diseño experimental puro se diferencia del preexperimental y del cuasi experimental en la asignación de los grupos y de los sujetos a los grupos ya que no se realiza al azar.

3.3 Participantes

Estudiantes universitarias que cumplan con los siguientes criterios

- Inclusión: Tener 20 años o más, aceptar participar en la investigación y compartir la información con sus madres o familiares mujeres, firmar el consentimiento informado.
- Exclusión: Tener historia o diagnóstico actual de cáncer de mama, estar embarazada o lactando.
- Eliminación: Cuestionarios incompletos, menos de dos sesiones de participación.

3.6 Instrumentos de evaluación.

Cedula de datos sociodemográficos y clínicos. Integra información como la edad, sexo, escolaridad, domicilio, ocupación, religión, antecedentes de alguna prueba de detección, enfermedades presentes, peso, estatura, si consume bebidas alcohólicas y/o fuma.

Escala del Modelo de Creencias de Salud para la Autoexploración de mama.

Se utilizó la adaptación en español de Juárez, García & Téllez (2020) cuenta con 43 ítems que evalúan las 6 dimensiones del modelo de creencias de salud en relación con el cáncer de mama y la AEM. Las opciones de respuesta se presentan en escala tipo Likert de 4 puntos (1 no a 4 sí). El alfa de Cronbach que se obtuvo en esta versión fue de .65 a .84. Se divide en las subescalas de susceptibilidad ($\alpha = .75$) con 5 ítems, severidad ($\alpha = .75$) con 7 ítems, beneficios ($\alpha = .84$) con 8 ítems, barreras ($\alpha = .79$) con 9 ítems, autoeficacia ($\alpha = .84$) con 10 ítems y motivación para la salud ($\alpha = .65$) con 4 ítems.

3.7 Procedimiento

Posterior a la autorización del comité de bioética e investigación se procedió a realizar la convocatoria para las estudiantes universitarias por medio de poster publicitario. Se realizó una sesión informática en donde se les explicó a las estudiantes las implicaciones del estudio. Una vez verificados los criterios de inclusión, las que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, se les aplicó el cuestionario de creencias de salud para la AEM y se realizó la asignación aleatoria al grupo que corresponda: 1) Grupo de intervención o 2) Grupo control de lista de espera.

El grupo de intervención participó en 3 sesiones psicoeducativas acerca de los métodos de detección de cáncer mama, alimentación saludable y actividad física

las cuales fueron cada 15 días y tuvieron una duración aproximada de 90 minutos.

El grupo control fue citado también cada 15 días para realizar las evaluaciones correspondientes de cada sesión y comenzaron con las sesiones psicoeducativas cuando terminó el grupo de intervención.

Las sesiones se llevaron a cabo en las áreas designadas por las facultades. Los materiales a utilizados fueron: proyector, computadora, cuestionarios, listas de pasos del autoexamen de mama, sillas, mesas, simulador de senos. La descripción de las sesiones se encuentra en anexos.

3.8 Análisis estadísticos

Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 22, primeramente, se obtuvieron estadísticos descriptivos de las variables y se realizó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov en el cual la mayoría de las variables obtuvieron un valor de $p \leq .05$, por lo que se decidió utilizar la prueba de chi cuadrada para la comparación de la autoexploración de mama y la prueba U de Mann Whitney para comparar las dimensiones del modelo de creencias de salud entre el grupo de intervención y el grupo control de lista de espera.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En total 68 estudiantes universitarias participaron en la intervención de las cuales terminaron 28 en el grupo experimental y 25 en el grupo control.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

Variables		Grupo Experimental N=28	Grupo control N=25
		M(DE)	M(DE)
Edad		21 (1.129)	21 (1.563)
Ingreso mensual		\$728.00 (1683.219)	\$632.00 (1415.015)
Escolaridad (en años)		14.7 (1.512)	13 (2.010)
		f	%
Estado Civil	Soltera	24	96
	Casada	1	4
		28	100
Trabaja	SI	22	78.6
	NO	6	21.4
		20	80.0
Facultades	Arquitectura	7	25.0
	Artes Visuales	1	3.6
	Ciencias Químicas	1	3.6
	Nutrición	6	21.4
	Odontología	8	28.6
	Psicología	2	7.1
	Veterinaria	3	10.7
		4	16.0
Semestres	3er	1	3.6
	4to	1	3.6
	5to	2	7.1
	6to	5	17.9
	7mo	6	21.4
	8vo	7	25.0
	9no	6	21.4
	10mo	0	0
		3	12.0
Enf. En la mama	SI	0	0
	NO	28	100
		22	88.0

Variables		Grupo Experimental N=28		Grupo control N=25	
		F	%	f	%
Tipos	Ninguna	0	100	22	88.0
	Fibrosis	0	0	2	8.0
	Quiste seno izquierdo	0	0	1	4.0
CaMa en la familia	NO	17	60.7	18	72.0
	SI	11	39.3	7	28.0
Familiares	Ninguno	6	46.2	7	63.6
	Abuela	2	15.4	2	18.2
	Mamá	1	7.7	0	0
	Tía	4	30.8	2	18.2
Conocimiento AEM	NO	15	53.6	17	68.0
	SI	13	46.4	8	32.0
Practica de AEM	NO	9	32.1	10	40.0
	SI	10	35.7	5	20.0
	NO APLICA	9	32.1	10	40.0
Realizado la AEM el último mes	NO	22	78.6	15	60.0
	SI	2	7.1	2	8.0
	NO APLICA	4	14.3	8	32.0

En la tabla 1 se muestra que la mayoría de las estudiantes tiene 21 años, son solteras y trabajan, se tuvo mayor participación de la facultad de odontología, arquitectura y nutrición, gran parte de las estudiantes de los últimos semestres, la mayoría no presentó enfermedad en la mama, 18 estudiantes tuvieron familiares con cáncer de mama y la mayoría no conocía la AEM ni se la habían realizado anteriormente.

Tabla 2. Comparación del MCS entre grupo experimental y control

	Grupo Experimental N=28 M(DE)	Grupo Control N=25 M(DE)	Z(p)
Susceptibilidad	9.39(2.37)	10.08(2.70)	-.945(.345)
Severidad	16.71(3.48)	18.32(3.60)	-1.593(.111)
Beneficios	30.07(3.32)	29.96(2.35)	-.501(.617)
Barreras	11.00(2.40)	10.60(2.12)	-.487(.626)
Autoeficacia	37.25(4.55)	27.68(7.10)	-4.902(.000)
Motivación	12.85(2.47)	13.12(2.12)	-.324(.746)

Se puede observar en la tabla 2 las comparaciones de las variables del modelo de creencias de salud entre el grupo control y experimental donde la variable de autoeficacia es significativa ($Z=-4.902$, $p=.000$).

Tabla 3. Análisis de asociación entre la práctica de autoexploración de mama y grupo de intervención

	Grupo Experimental N=28	Grupo Control N=25	Total
¿Te realizaste una AEM el mes pasado?			
SI			
Recuento			
Recuento esperado	22	12	34
% dentro de ¿Te realizaste una AEM el mes pasado?	19.0	15.0	34.0
% dentro de GRUPO	64.7%	35.3%	100.0%
% del total	91.7%	63.2%	79.1%
NO	51.2%	27.9%	79.1%
Recuento			
Recuento esperado	2	7	9
% dentro de ¿Te realizaste una AEM el mes pasado?	5.0	4.0	9.0
% dentro de GRUPO	22.2%	77.8%	100.0%
% del total	8.3%	36.8%	20.9%
TOTAL	4.7%	16.3%	20.9%
Recuento			
Recuento esperado	24	19	43
% dentro de ¿Te realizaste una AEM el mes pasado?	24.0	19.0	43.0
% dentro de GRUPO	55.8%	44.2%	100.0%
% del total	100.0%	100.0%	100.0%
	55.8%	44.2%	100.0%

En la prueba chi cuadrada se obtuvo una asociación significativa ($\chi^2=5.208(1)$, $p=.022$) entre el grupo de intervención y la práctica de la autoexploración de mama (Tabla 3).

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar si existen diferencias en las variables del Modelo de Creencias de Salud y el uso de la Autoexploración entre el grupo de intervención y el grupo control de estudiantes universitarias.

En los resultados se encontró que la variable de autoeficacia del modelo de creencias de salud fue significativa en comparación con el grupo control y experimental.

Estos resultados coinciden con el estudio de (Nural et al., 2009; Tuzcu et al., 2016) que de igual manera la variable significativa en comparación con el grupo control fue la de autoeficacia. El entrenamiento con un modelo de senos afectó positivamente la práctica y mejoró su autoeficacia de manera positiva tanto en el presente estudio como en el de Nural et al. (2009).

Al igual que en el presente estudio en la intervención que se realizó con las mujeres se utilizó un modelo de senos para explicarles a las mujeres de manera precisa las fases de la autoexploración, donde también mediante una presentación se les hablo sobre el cáncer de mama.

Gozum y Aydin (2004) informaron que la autoeficacia percibida y el beneficio de la Autoexploración son mayores para aquellos que realmente la practican. La autoeficacia demuestra la percepción de los sujetos relacionada con la capacidad para realizar el comportamiento.

En el estudio de Avci & Gozum (2009) con maestras de primaria también se utilizó un modelo a escala para enseñarles la autoexploración, el método que se utilizó fue el de "observar, luego practicar", cada mujer observó a las demás en su grupo la práctica en el modelo a escala, dado que en la intervención se les explicó con un modelo la forma correcta de la práctica, es posible que al igual que en el presente estudio se hayan sentido con más autoeficacia para iniciar el comportamiento de la autoexploración, estos resultados coinciden con otro

estudio donde al menos la mitad de los participantes se volvieron competentes en todos los pasos de la autoexploración después de una intervención educativa (Budakoglu, Maral, Ozdemir, & Bumin, 2007).

Por otra parte en el estudio de Ahmed et al. (2014) a diferencia de este estudio si aumento la susceptibilidad percibida y disminuyeron las barreras percibida, cabe mencionar que este estudio fue de 10 sesiones, donde las primeras 4 sesiones fueron informativas.

De igual forma se ha encontrado que la autoeficacia es fundamental para las mujeres ya que empodera a las pacientes y promueve la continuidad de los comportamientos de detección, estos resultados coinciden con otro estudio donde hubo puntuación más altas sobre la autoeficacia para el autoexamen de mama después de una intervención educativa (Park, Chung, & Cochrane, 2013).

La autoeficacia se encontró significativamente más alta en el grupo de intervención. Después de la intervención educativa, las estudiantes se sintieron más seguros de realizarse la autoexploración en el grupo de intervención, esto coincide con (Rezaeian et al., 2014), en otras palabras, las mujeres perciben la capacidad de realizar con éxito el comportamiento de detección por medio de la autoexploración.

En cuanto a los resultados de la prueba chi cuadrada hubo una asociación significativa entre el grupo de intervención y la práctica de la autoexploración de mama, estos resultados coinciden con Ahmed et al. (2014) donde hubo una mejora en la práctica de las habilidades y detección de grumos, en el estudio se realizaron varias sesiones donde en una de ellas los investigadores enseñaron la adecuada palpación de las mamas utilizando un modelo de mama, las participantes practicaron las habilidades en el modelo de mama con correctivo, retroalimentación y refuerzo dada por los investigadores, cada mujer debía demostrar poder realizar la autoexploración y se les pidió encontrar los bultos en el modelo, la instrucción se repitió hasta que todos los participantes demostraron habilidades de autoexploración competentes, al igual que en este estudio a las estudiantes se les enseñó con un modelo la adecuada realización de la autoexploración.

Los resultados de este estudio coinciden también con una intervención donde se buscó ver la efectividad de una educación en la autoexploración y su práctica, se encontró que después de la capacitación en la autoexploración las participantes fueron competentes en los pasos de la autoexploración (Budakoglu et al., 2007), en este estudio al igual que en el nuestro, la formación incluyó tanto información teórica como entrenamiento de autoexamen de mamas, se les entreno para mejorar su práctica.

También en un estudio realizado por Kolutek et al. (2018), las mujeres eran enseñadas individualmente a cómo practicar el examen de mama en un modelo de mama, al igual que el presente estudio los resultados coinciden con un aumento en la práctica de la autoexploración, al igual que en el estudio de Degirmenci et al. (2014).

La intervención psicoeducativa puede mejorar la autoeficacia sobre la autoexploración en estudiantes universitarias, así mismo puede aumentar la frecuencia de la autoexploración de la misma.

La autoeficacia en lo que concierne a la autoexploración es buena, y funciona como una forma de diagnóstico temprano para el cáncer de mama, siendo un método de detección donde puedes encontrarlo en etapas tempranas (Tenahua-Quitl et al., 2017). El que las mujeres aumenten el autoexplorarse su mama apoya a la prevención secundaria y a desarrollar una cultura de detección temprana mediante la autoexploración, inculcar a las jóvenes la importancia que tiene conocer su cuerpo y, a partir comenzar con autoexploraciones mensuales, contribuye a la mejor manera de disminuir el impacto que ocasiona en la mortalidad femenina en el cáncer de mama.

REFERENCIAS

- Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M., Tofigi, M., & Hasani, S. (2017). The Impact of Female Students ' Breast Self-Examination training on their Mothers ' Awareness. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(4), 1454–1461. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.18718.1195>
- Ahmed, F. A., Osman, H. A., & Elmatti, M. A. (2014). The Effectiveness of Breast Health Promotion Counseling on Breast Cancer Screening Behaviors Among Female Patients. *Life Science Journal*, 11(8), 835–845.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In *Handbook of attitudes and attitude change: Basic principles*. <https://doi.org/10.1007/BF02294218>
- Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Said, S. M., & Ismail, I. Z. (2013). Beliefs and Behavior of Malaysia Undergraduate Female Students in a Public University Toward Breast Self-Examination Practice. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 14(1), 57–61.
- Al-Suroj, H. R., Al Ali, F. B., & Al-Saleh, K. H. (2018). Awareness and Attitude among Saudi Females toward Breast Cancer Screening in Al-Ahsa, KSA. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 71(2), 2516–2522. <https://doi.org/10.12816/0045650>
- Anastasi, N., & Lusher, J. (2019). The impact of breast cancer awareness interventions on breast screening uptake among women in the United Kingdom: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 113–124. <https://doi.org/10.1177/1359105317697812>
- Avci, I. A., & Gozum, S. (2009). Comparison of two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.01.004>
- Bandura, A. (1986). Acromelic acid, a novel excitatory amino acid from a poisonous mushroom: effects on the crayfish neuromuscular junction. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*, 37(2), 122–147.

[https://doi.org/10.1016/0006-8993\(86\)91535-0](https://doi.org/10.1016/0006-8993(86)91535-0)

- Bowen, D. J., Robbins, R., Bush, N., Meischke, H., Ludwig, A., & Wooldridge, J. (2017). Effects of a web-based intervention on women's breast health behaviors. *Translational Behavioral Medicine*, 7(2), 309–319. <https://doi.org/10.1007/s13142-016-0439-z>
- Bragado, C., & Carrasco, I. (1987). Límites y efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales en la aplicación clínica 2. *Revista Española de Terapia Del Comportamiento*, 14(3), 249–267.
- Bray, F., Jemal, A., Grey, N., Ferlay, J., & Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): A population-based study. *The Lancet Oncology*, 13(8), 790–801. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70211-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70211-5)
- Budakoglu, I. I., Maral, I., Ozdemir, A., & Bumin, M. A. (2007). The effectiveness of training for breast cancer and breast self-examination in women aged 40 and over. *Journal of Cancer Education*, 22(2), 108–111. <https://doi.org/10.1007/BF03174358>
- Calderón- Garcidueñas, A. L., Flores-Peña, Y., De León-Leal, S., Vázquez-Martínez, C. A., Farías-Calderón, A. G., Melo-Santiesteban, G., ... Cerda-Flores, R. M. (2015). An educational strategy for improving knowledge about breast and cervical cancer prevention among Mexican middle school students. *Preventive Medicine Reports*, 2(4), 250–254. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.02.006>
- Campero, L., Atienzo, E. E., Marín, E., Vara-Salazar, E. de la, Pelcastre-Villafuerte, B., & González, G. (2014). Early detection of breast and cervical cancer among indigenous communities in Morelos, Mexico. / Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. *Salud Pública de México*, 56(5), 511–518. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=athens&db=lhh&AN=20153050962&site=ehost-live%0Ahttp://bvs.insp.mx/rsp/anteriores/%0Aemail: eeatienzo@insp.mx>

- Champion. (1984). Instrument Development for Health Belief Model Constructs. *Advances in Nursing Science (ANS)*, 6(3), 73–85. <https://doi.org/10.1097/00012272-198404000-00011>
- Champion, V., & Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46(6), 331–337.
- Charles, A., & Paschal, S. (1997). The Health Belief Model. *Health and Medicine*, (January). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x>
- Cruz-Castillo, A. B., Hernández-Valero, M. A., Hovick, S. R., Campuzano-González, M. E., Karam-Calderón, M. A., & Bustamante-Montes, L. P. (2015). A Study on the knowledge, perception and use of breast cancer screening methods and quality of care among women from central Mexico. *Journal of Cancer Education*, 40(4), 1291–1296. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31823da96d>
- Cuevas-Cancino, J. J., & Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207–218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Degirmenci, M., Tuna, A., Avdal, E. U., Gumus, A. B., Ozkan, A., Yucel, S. C., ... Turgay, A. S. (2014). Effectiveness of Online Education in Teaching Breast Self-Examination. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(7), 3227–3231. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.7.3227>
- Delgadillo, A. G., Rupher, F., Flores, G., & Cho-, J. C. G. (2012). Conocimiento, actitud y práctica del autoexamen mamario en mujeres estudiantes de medicina de la Universidad Mayor de San Simón Gestión 2011 Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in female medical students of the Universidad Mayor de. *Revista Científica de Ciencias Médicas*, 15(2), 22–25.
- Delgado, G. E., López, V., Uriostegui, L., & Barajas, T. de J. (2016). Conocimiento y perspectiva sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en mujeres Knowledge, perspective and regular practice of breast self-

- examination on women. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1–10. Retrieved from <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu2>
- Díaz-González, E., Rodríguez, M. de L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-sida. *Psicología y Salud*, 15(1), 5–12.
- Donohew, L., Sypher, H. E., & Bukoski, W. J. (1991). *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention* (1st ed.; H. Lawrence Erlbaum Associates, ed.). <https://doi.org/10.4324/9780203052419>
- Dórame-López, N. A., Tejada-Tayabas, L. M., Galarza-Tejada, D. M., & Moreno-González, M. M. (2017). Detección precoz del cáncer en la mujer, enorme desafío de salud de México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(3), 14–22. Retrieved from [file:///C:/Users/pc_ca/Desktop/mendeley/deteccion precoz del cancer en la mujer, enorme desafío de salud de mexico.pdf](file:///C:/Users/pc_ca/Desktop/mendeley/deteccion%20precoz%20del%20cancer%20en%20la%20mujer,%20enorme%20desafio%20de%20salud%20de%20mexico.pdf)
- Dwivedi, A. K., Shokar, N. K., Salaiz, R., Byrd, T., Salinas, J. J., Alomari, A., & Martin, C. (2018). Change in Breast Cancer Screening Knowledge is Associated With Change in Mammogram Intention in Mexican-Origin Women After an Educational Intervention. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 12(3), 1–7. <https://doi.org/10.1177/1178223418782904>
- Fabelo, J. R., Iglesias, S., & Núñez, L. (2011). Programa psicoeducativo para la prevención de las adicciones en el contexto universitario. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana*, 8(2), 45–56.
- Falk, D. (2018). A mixed methods review of education and patient navigation interventions to increase breast and cervical cancer screening for rural women. *Social Work in Public Health*, 33(3), 173–186. <https://doi.org/10.1080/19371918.2018.1434583>
- Fertman, C., & Allensworth, D. (1990). Health promotion programs. In *Biochemistry International* (Vol. 21). <https://doi.org/10.1093/heapro/dar055>
- Fouladi, N., Pourfarzi, F., Mazaheri, E., Asl, H. A., Rezaie, M., Amani, F., & Nejad, M. (2013). Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest Iran according to the Champion

- health belief model scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(11), 6857–6862. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.11.6857>
- Gómez-Dantés, H., Lamadrid-Figueroa, H., Cahuana-Hurtado, L., Silverman-Retana, O., Montero, P., González-Robledo, M. C., ... Lozano, R. (2016). The burden of cancer in Mexico, 1990-2013. *Salud Publica de Mexico*, 58(2), 118–131. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27557370>
- Gozum, S., Karayurt, O., Kav, S., & Platin, N. (2010). Effectiveness of peer education for breast cancer screening and health beliefs in Eastern Turkey. *Cancer Nursing*, 33(3), 213–220. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2010254844>
- Hajian-Tilaki, K., & Auladi, S. (2014). Health belief model and practice of breast self-examination and breast cancer screening in Iranian women. *Breast Cancer*, 21(4), 429–434.
- Hallal, J. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing Research*, 31(3), 137–142.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2020). Día Mundial contra el Cáncer 2020: aumentó 20% mortandad en México desde el año 2000. Retrieved from <http://www.incan.salud.gob.mx/>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model. A decade later. 1984; 11 (1): 1-47. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Juárez-García, D. M., & Téllez, A. (2019). The health belief model and prediction of breast self-examination practices in female Mexican college students. *Psychology in Russia: State of the Art*, 12(3), 73–85. <https://doi.org/10.11621/pir.2019.0306>
- Kirscht, J. P. (1974). The Health Belief Model and Illness Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409–419. Retrieved from <https://www.verywellmind.com/health-belief-model-3132721>
- Kolutek, R., Avci, I. A., & Sevig, U. (2018). Effect of Planned Follow-up on Married Women's Health Beliefs and Behaviors Concerning Breast and Cervical

- Cancer Screenings. *Journal of Cancer Education*, 33(2), 375–382.
<https://doi.org/10.1007/s13187-016-1114-2>
- López-Carrillo, L., Torres-Sánchez, L., Blanco-Muñoz, J., Hernández-Ramírez, R. U., & Knaul, F. M. (2014). Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Pública de Mexico*, 56(5), 538–546.
- Lostao, L. (2016). EN UN PROGRAMA DE «SCREENING» DE CÁNCER DE MAMA: IMPLICACIÓN DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICA. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 7(92), 169–188.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education & Behavior*, 15(4), 351–377.
- Meneses-Echávez, J. F., Martínez-Torres, J., Chavarriaga-Ríos, M. C., González-Ruiz, K., Vinaccia-Alpi, S., Rincón-Castro, A. D., ... Ramírez-Vélez, R. (2018). Creencias y conocimientos relacionados a la práctica del autoexamen de mama en mujeres universitarias de Colombia: Un estudio descriptivo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(2), 120–129.
<https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000200120>
- Moodi, M., Mood, M. B., Sharifirad, G. R., Shahnazi, H., & Sharifzadeh, G. (2011). Evaluation of breast self-examination program using health belief model in female students. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(3), 316–322.
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 92–109.
- Murphy, C., Vernon, S., Diamond, P., & Tiro, J. (2014). Competitive testing of health behavior theories: How do benefits, barriers, subjective norm, and intention influence mammography behavior? *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), 120–129. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9528-0>
- Nigenda, G., Caballero, M., & González-Robledo, L. M. (2009). Barreras de

- acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica de Mexico*, 51(SUPPL.2).
- Nural, N., Hindistan, S., Kobyay Bulut, H., Karadeniz Mumcu, H., Yeşilçiçek, K., Yigitbaş, Ç., ... Kahriman, İ. (2009). A Different Approach to Breast Self-Examination Education. *Cancer Nursing*, 32(2), 127–134. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e3181982d7b>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3rd ed.). Ciudad de México, México: Cengage Learning Editores.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: A textbook* (3rd ed.). Madrid, España: McGraw-Hill Education.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cáncer de mama: prevención y control. Retrieved from <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html#:~:text=Carga de cáncer de mama&text=La incidencia varía mucho en,000 en América del Norte>.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Medica de Chile*, 135(5), 647–652. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872007000500014>
- Park, S., Chung, C., & Cochrane, B. B. (2013). Effects of Tailored Message Education About Breast Cancer Risk Appraisal for Obese Korean Women. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), E382–E392. <https://doi.org/10.1188/13.onf.e382-e392>
- Reynoso--Erazo, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual* (El manual). México.
- Reynoso-Noverón, N., & Mohar, A. (2014). El cáncer en México: Propuestas para su control. *Salud Publica de Mexico*, 56(5), S27–S32.
- Rezaeian, M., Sharifirad, G., Mostafavi, F., Moodi, M., & Hadi Abbasi, M. (2014). The effects of breast cancer educational intervention on knowledge and health beliefs of women 40 years and older, Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(43), 1–12. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.131929>

- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de La Comunicación*, 4(1), 123–140.
- Rogers. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93–114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de intervención cognitivo conductuales* (Desclée De Brouwer, Ed.). Bilbao.
- Salinas-Martínez, A. M., Castañeda-Vásquez, D. E., García-Morales, N. G., Oliva-Sosa, N. E., de-la-Garza-Salinas, L. H., Núñez-Rocha, G. M., & Ramírez-Aranda, J. M. (2018). Stages of Change for Mammography Among Mexican Women and a Decisional Balance Comparison Across Countries. *Journal of Cancer Education*, 33(6), 1230–1238. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1236-1>
- Sardiñas, R. (2009). Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3), 2–6.
- Savas, L. S., Heredia, N. I., Coan, S. P., & Fernandez, M. E. (2018). Effectiveness of a Community Health Worker-Delivered Intervention to Increase Breast and Cervical Cancer Screening Among Medically Underserved Hispanics. *Journal of Global Oncology*, 45(3), 19s-19s. <https://doi.org/10.1200/jgo.18.70400>
- Sociedad Mexicana de Oncología. (2016). Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer. In *Permanyer*. Retrieved from https://www.smeo.org.mx/descargables/COPREDOC_GUIA.pdf
- Soto-Perez-de-Celis, E., & Chavarri-Guerra, Y. (2016). National and regional breast cancer incidence and mortality trends in Mexico 2001-2011: Analysis of a population-based database. *Cancer Epidemiology*, 41(8), 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.01.007>
- SS, S. de S. (2016). Autoexploración para combatir el cáncer de mama. Retrieved

from <https://www.gob.mx/salud/prensa/autoexploracion-para-combatir-el-cancer-de-mama>

- Stephens, C. (2008). Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 66(5), 1174–1184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.026>
- Taha, H., Halabi, Y., Berggren, V., Jaouni, S., Nyström, L., Al-Qutob, R., & Wahlström, R. (2010). Educational intervention to improve breast health knowledge among women in Jordan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*, 11(5), 1167–1173. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21198258>
- Tapia-Curiel, A., Nuño-Gutiérrez, B., Flores-Padilla, L., Villaseñor-Farías, M., López-López, J., & Covarrubias-Bermúdez, M. (2015). Percepción de los adolescentes jaliscienses de las campañas sobre cáncer de mama. *Revista Médica Del IMSS*, 53(33), 414–421.
- Tapia Curiel, A., Villaseñor Farías, M., Lidia Nuño Gutiérrez, B., Rodríguez Carlos, A. A., Salas González, E., & López López, J. L. (2014). Representación social que los adolescentes de Jalisco, México, tienen de la detección precoz del cáncer de mama. *Atencion Primaria*, 46(8), 408–415. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.006>
- Tenahua-Quitl, I., Arrijoja-Morales, G., Lidia Salazar-Peña, M. T., Sifuentes-Pasillas, P. G., Antonio-López, M. T., & de León-Gómez, A. (2017). Conocimiento, razones y mitos en estudiantes de enfermería sobre la autoexploración de mama. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 25(2), 95–99.
- Torres-Mejía, G., Ánzgeles-Llerenas, A., & Lazcano-Ponce, E. (2011). Cáncer de mama, cultura de prevención poblacional y profesionalización de su detección y control. *Salud Publica de Mexico*, 53(5), 370–371.
- Tuzcu, A., Bahar, Z., & Gözümlü, S. (2016). Effects of interventions based on health behavior models on breast cancer screening behaviors of migrant women in Turkey. *Cancer Nursing*, 39(2), E40–E50. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000268>

- Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners Banner*, 19(5), 251–260.
- Wald, A., Muennig, P. A., O, K. A., & Ewing Garber, C. (2014). Associations between healthy lifestyle behaviors and academic performance in U.S. Undergraduate students. *American Journal of Health Promotion*, 29(5), 298–306. <https://doi.org/10.4278/ajhp>
- Yilmaz, M., Sayin, Y., & Oner Cengiz, H. (2017). The Effects of Training on Knowledge and Beliefs About Breast Cancer and Early Diagnosis Methods Among Women. *European Journal of Breast Health*, 13(4), 175–182. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2017.3255>