

**UNIVERSIDAD DE
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS “MARIANA GRAJALES COELLO”
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “MARIO GUTIERREZ ARDAYA”**



Intervención educativa sobre prevención del cáncer de mama en mujeres con factores de riesgos. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya 2017-2018.

Autora: Dra. Tatiana Pavón Martínez.

Residente de segundo año en Medicina General Integral.

Tutora: Dr. Felix Fernández

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Holguín, 2018

Pensamiento

PENSAMIENTO

...El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva... en fin será un “Guardián de la Salud”.

Fidel Castro Ruz

Dedicatoria

DEDICATORIA

A **Dios** por darme fuerzas para vencer los obstáculos y llegar hasta el final del camino.

A mi **hijo** para quien quisiera ser ejemplo.

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia por el apoyo brindado durante mi carrera y por ser la inspiración de superación.

Al hombre que dio la esperanza a muchos jóvenes de diferentes latitudes, por hacer realidad nuestros sueños; querido comandante en jefe FIDEL CASTRO RUZ.

A nuestros profesores por el amor y la dedicación puesta en nuestra formación, por haber sido para nosotros el modelo del médico humano consciente y revolucionario que debemos imitar.

Índice

ÍNDICE

Pág.

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos 6

Marco Teórico 7

Diseño Metodológico 18

Análisis y Discusión..... 24

Conclusiones..... 33

Recomendaciones..... 34

Referencias Bibliográficas 35

Anexos

Resumen

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa perteneciente al área del consultorio número 4, del policlínico Mario Gutiérrez Ardaya; del municipio Holguín en el periodo de enero 2017 del 2017 a enero del 2018, con el objetivo implementar un programa de Intervención educativa en mujeres con factores de riesgo acerca de la prevención cáncer de mama. El universo de trabajo estuvo constituido por 235 pacientes atendidas en el consultorio 4 y la muestra fue conformada por 62 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El estudio se realizó en tres etapas, diagnóstico, intervención y evaluación. Se evidenció un predominio de mujeres con factores de riesgo en el grupo de edad de 40 a 59 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama. Se comprobó un nivel de conocimiento inadecuado sobre el tema por lo que se elaboró y se implementó una propuesta de intervención educativa acerca de la prevención cáncer de mama. Se logró elevar el nivel de conocimientos de las pacientes sobre las temáticas tratadas.

Palabras Claves: cáncer de mama, prevención, factores de riesgo, Intervención educativa.

Introducción

Introducción

Desde la Antigüedad y aun antes, los senos han sido símbolo de feminidad y fertilidad, siendo parte fundamental de la representación de la mujer en la literatura y el arte. Sin embargo, a pesar de este significado, las mujeres no enfrentan siempre con entereza las enfermedades que pueden padecer por causa de estos, sobre todo por el temor a la mutilación.¹

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar el término «cáncer») proviene de Egipto, del 1600 a. C. aproximadamente. La palabra cáncer es griega y significa cangrejo. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada y con ramificaciones similares a las de un cangrejo marino, y de ahí se deriva su nombre.

El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: «No existe tratamiento» cuando el tumor es sangrante, duro e infiltrante.

A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. También se hacen descripciones en el antiguo Egipto y en el papiro Ebers. Más tarde Hipócrates describe varios casos y apunta que las pacientes con el cáncer extendido y profundo no deben ser tratadas pues viven por más tiempo. En su obra Enfermedades de la mujer, Hipócrates prestó atención al karkinoma de mama avanzado.²

El médico Galeno fue el primero en utilizar el término «cáncer», del latín *cancrum*, por la asociación con los cangrejos. Las ideas de Galeno eran diferentes de las de Hipócrates y los egipcios. Aulo Cornelio Celso en el siglo I y Galeno en el siglo II refirieron la extirpación de los tumores mamarios y el uso del cauterio para la cirugía mamaria. Celso creía que una intervención imprudente sobre el cáncer podría ser dañina y exasperar el tumor. Se atribuye a Leónidas de Alejandría, médico griego, el primer procedimiento quirúrgico registrado para el cáncer de mama, antecedente de la moderna mastectomía. Con eso se distanciaba de los tratamientos o medicaciones usadas comúnmente hasta entonces, como baños tibios o aceite de ricino, entre otros. Además, Leónidas señaló la retracción del pezón como signo de malignidad

para un tumor mamario. En el siglo VI, Aecio de Amida señaló la posibilidad de que en el cáncer de mama coexistan tumefacciones satélites en el hueco axilar. En el siglo VII, el cirujano bizantino Pablo de Egina buscó perfeccionar la técnica de extirpación del cáncer de mama mediante el raspado de los ganglios de la axila.³

Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750), con su remoción de los nódulos linfáticos, y posteriormente el cirujano Alfredo Velpeau (1795-1867), abrieron el camino a la mastectomía moderna. Alfredo Velpeau es el autor de la obra más importante en esta materia de su época: Tratado de las enfermedades del seno y de la región mamaria. Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "mastectomía radical de Halsted", procedimiento popular hasta fines de la década de 1970.³

El cáncer de mama causa la muerte de un 30 a un 40 % de las mujeres que lo padecen. Más del 80 % de los cánceres de mamas se descubren en forma de un nódulo. Menos frecuentemente, las pacientes consultan por una historia de dolor sin masas mamarias, con aumento de tamaño o un engrosamiento mal definido de la mama. Un hallazgo típico durante la exploración física es una masa dominante: un nódulo claramente diferente del tejido mamario circundante. Los cambios fibróticos difusos en un cuadrante, generalmente el cuadrante superior externo, son más característicos de los trastornos benignos, mientras que un engrosamiento ligeramente más firme, que no se aprecia en la mama contra lateral, puede significar un cáncer.⁴

En la mujer, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, estimándose 522 mil defunciones en el año 2012, con una tasa estandarizada de mortalidad de 12,9 por 100.000 mujeres y una tasa de incidencia de 43,3 por 100.000 mujeres, lo que corresponde a 25,2% de la incidencia de cáncer en este grupo.⁵

El cáncer de mama en mujeres se ha caracterizado por una alta incidencia en países desarrollados y un aumento de la incidencia en países en desarrollo, como resultado de cambios demográficos y aumento en la prevalencia de factores de riesgo.

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer española, supone un 29% de todos los cánceres. En España en 2015 se diagnosticaron 27.747 cánceres de mama. Se calcula que 1 de cada 8 mujeres españolas tendrá un cáncer de mama en algún momento de su vida. Aunque la mortalidad por cáncer de mama ha descendido en los últimos años sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer. En 2012 fallecieron 6075 mujeres por cáncer de mama en España.⁶

Con respecto al continente americano, la incidencia y mortalidad en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Argentina y Uruguay, con tasas similares a México.

En Colombia, en la mujer, este cáncer ocupa el segundo lugar en frecuencia. Los dos factores pronósticos más importantes que determinan la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global, son el tamaño del tumor primario y el número de ganglios axilares afectados.⁷

En Chile, los datos oficiales de mortalidad publicados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, indican que el 2008, el cáncer de mama alcanzó una tasa de mortalidad observada de 14,5 por 100.000 mujeres, ocupando el segundo lugar entre las muertes por cáncer en mujeres chilenas, antecedido por el cáncer de vesícula y vías biliares.^{8, 9}

En Cuba la incidencia del cáncer está aumentando, siendo la principal causa de años perdidos, en el último decenio se perdieron entre 12 y 16 años de vida por cada 1000 habitantes entre uno y 74 años. La mayoría de las mujeres que padecen cáncer de mama rebasan los 45 años y de ese grupo cerca del 40 % pertenecen a la llamada tercera edad. Ya hay provincias en las que los tumores malignos constituyen la primera causa de muerte, por encima de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, según reportes del 2015 murieron 1 544 mujeres.¹⁰

En el municipio de Holguín en el año 2016 hubo pacientes diagnosticadas con cáncer de mama 165 casos.¹¹

En nuestra área de salud también se ha apreciado un aumento del número de mujeres con padecimientos de mama según datos del departamento de estadística hay 118 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.¹¹

En nuestro país se ha establecido el programa de “atención integral a la mujer”, que tiene como propósito la promoción, prevención, curación y recuperación del bienestar de la misma, donde se analiza entre otras cosas la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades mamarias, con el fin de disminuir o eliminar la morbilidad y mortalidad de cáncer de mama.¹²

La ejecución de estos programas implica acciones que garanticen su aplicación masiva, la detección de grupos de riesgo y la realización con calidad del estudio realizado por los profesionales y el autoexamen de mama.

La necesidad de realizar tempranamente el diagnóstico del cáncer de mama y de ejecutar acciones de salud encaminadas a enseñar y divulgar los procedimientos para el autoexamen mamario de manera correcta, es fundamental para combatir con eficacia esta enfermedad. Así mismo, es importante precisar el conocimiento que tienen las mujeres sobre las técnicas de detección temprana, específicamente la del autoexamen mamario.¹³

La presente investigación parte de la importancia de la prevención de las neoplasias de mama, este ocupa el primer lugar en incidencia entre las enfermedades malignas que afectan a las mujeres debido a lo cual este trabajo tiene como finalidad determinar grado de conocimiento sobre el cáncer de mama mediante una intervención educativa en el policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.

Existe un desconocimiento sobre el cáncer de mama en las pacientes portadoras de factores de riesgo en el consultorio 4, del policlínico Mario Gutiérrez Ardaya.

Por lo anterior, la autora del presente trabajo considera que para mejorar la calidad y brindar una mejor atención se debe empezar por indagar sobre los diferentes factores que giran en torno a la utilización de los métodos de detección temprana en especial el autoexamen de mama. De tal manera y ante el interés de implementar un programa de prevención del cáncer de mama, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de las mujeres que asisten al consultorio con factores de riesgo.

Por lo que se propone como **problema científico**:

¿Cómo modificar el conocimiento de las mujeres con factores de riesgos de cáncer de mama pertenecientes al consultorio # 4 del Policlínico “Mario Gutiérrez Ardaya” del municipio Holguín a través de una intervención educativa?

El diseño de este problema está condicionado a partir de la revisión bibliográfica sobre cáncer de mama teniendo como premisa la de elevar el nivel de conocimiento de los pacientes con factores de riesgo, a partir de ellos se revisaron los antecedentes de la problemática y se ideó el mismo.

La novedad científica se sustenta en que por primera vez permite hacer una comparación del nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes pertenecientes al consultorio médico #4 del Policlínico Universitario “Mario Gutiérrez Ardaya”.

El trabajo tiene un aporte teórico y práctico, ya que conociendo que existe en la provincia Holguín una elevada morbilidad por esta enfermedad juega un papel fundamental por lo que pretendemos que el análisis de estas características se convierta en un arma fuerte para la toma de decisiones y en la planificación de los servicios mediante una prevención estratégica, según las necesidades reales de la población.

Objetivos

Objetivos

General:

Implementar un programa de intervención educativa para modificar conocimientos en mujeres con factores de riesgo acerca de la prevención cáncer de mama.

Marco teórico

Marco Teórico

Historia natural del cáncer de mama

El CM es una enfermedad sistémica desde el principio, en contra de la idea inicial de que era una enfermedad localizada que se extendía de forma ordenada y progresiva. Se sabe que es posible que existan metástasis a distancia desde fases muy precoces, incluso preclínicas, y este conocimiento ha modificado el enfoque terapéutico.

El crecimiento tumoral a partir de una sola célula requiere 30 duplicaciones de su volumen para alcanzar el tamaño de un centímetro, por debajo del cual es prácticamente imposible el diagnóstico clínico por palpación, no así el diagnóstico mamográfico, lo que supone la base de los programas de screening.

El tiempo de duplicación celular es muy variable, entre 10-250 días. De este modo, la fase preclínica puede durar de 1 a 3 años y en ese plazo puede haber tenido lugar la diseminación por vía linfática y/o hematógena¹⁰.

Factores de riesgo de cáncer de mama.

El 99% de cáncer mamario ocurre en la mujer, encontrándose entre los principales factores de riesgo los siguientes: ^{1,15}

- **La predisposición genética:** Entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tienen un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2. ¹²
- **Edad:** El cáncer de mama es infrecuente antes de los 25 años, pero a partir de este momento se produce un aumento progresivo de la frecuencia hasta la menopausia seguido de un aumento más lento el resto de la vida. El 60% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.
- **Enfermedad mamaria proliferativa:** Una historia de mastopatía benigna se

asocia a un riesgo de cáncer mamario aproximadamente 4 veces mayor que el de las mujeres sin antecedentes. Este aumento aparece al menos 30 años del diagnóstico de la enfermedad benigna.¹⁵

- **Raza:** Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las mujeres de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.
- **Antecedentes familiares de cáncer mamario:** Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo. Mientras que si es un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente¹². En dicha familia la enfermedad es a menudo bilateral y pre- menopáusico en su comienzo.
- **Cáncer mamario previo:** Existen estudios que demuestran que una mujer que ha tenido cáncer en la mama tiene mayor riesgo de presentar cáncer en la mama opuesta. Una mujer con cáncer mamario previo con menos de 50 años de edad aumenta la probabilidad por año de desarrollar un segundo cáncer mamario.¹⁵
- **Duración de la vida reproductora:** Aumenta el riesgo con la menarquía precoz y la menopausia tardías. La menarquía temprana (< 12 años de edad) y la menopausia tardía (> de 50 años de edad), se asocia a un leve aumento en el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Paridad:** El cáncer de mama es más frecuente en las mujeres nulíparas que en las multíparas.
- **Edad a la que se tiene el primer hijo:** El riesgo aumenta en las mujeres que tienen su primer hijo después de los 30 años de edad.¹⁵
- **Obesidad:** Se observa una disminución del riesgo en las mujeres obesas menores de 40 años de edad debido a la asociación con ciclos anovulatorios y con niveles menores de progesterona en las fases finales del ciclo. También

existe un aumento del riesgo en las mujeres posmenopáusicas, obesas, que se atribuye a la síntesis de estrógenos en el tejido adiposo.

- **Factores hormonales:** Se ha observado un ligero incremento en el riesgo de cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas con niveles de estrógeno circulante en el límite alto de la normalidad. El epitelio mamario normalmente posee receptores para estrógenos y progesterona, estos receptores se han identificado en algunos cánceres de mama.¹⁵
- **Anticonceptivos:** Sigue siendo controvertido el papel que desempeña el tratamiento hormonal sustitutivo de la menopausia o los anticonceptivos orales como factor de riesgo para la aparición del cáncer de mama. En caso de que exista este incremento del riesgo, su intensidad es pequeña.
- **Factores ambientales:** Diversos aspectos en particular la dieta grasa, el consumo de alcohol y ciertos contaminantes ambientales como los pesticidas, se acompañan de un aumento en el riesgo de cáncer de mama.¹⁵

Clínica y Exploración.

La mayor parte (80%) de los diagnósticos de CM en fase clínica se producen en mujeres que consultan por un nódulo mamario descubierto por ellas mismas, casualmente o en el curso de una autoexploración.

Otros posibles motivos de consulta son: retracción del pezón, secreciones por el mismo (son especialmente sospechosas las uniorificiales de aspecto hemático), síntomas inflamatorios, etc.

A las numerosas mujeres que consultan por dolor mamario y que no tienen hallazgos patológicos a la exploración, en general hay que procurar tranquilizarlas explicando que el dolor no significa que se padezca un CM ni que se tengan más posibilidades de desarrollarlo.

La afectación del estado general suele aparecer en etapas muy tardías, así como las manifestaciones clínicas de metástasis en distintas localizaciones (cefaleas,

fracturas, tos).¹⁵

Como formas clínicas especiales del CM citaremos solo dos:

- **Enfermedad de Paget.** La piel del pezón y areola presenta un aspecto eccematoso y en ocasiones ulcerado. Se debe a la colonización de la epidermis del pezón y la areola por células malignas llegadas a través de los conductos galactóforos desde un cáncer intraductal o ductal infiltrante que puede ser palpable o no. Supone un 1-2% de los CM y es más frecuente en mujeres postmenopáusicas y de evolución lenta.

- **El cáncer de mama localmente avanzado (CMLA).** Es un término que se aplica a tumores mayores de 5 cm (T3) y/o con extensión directa a piel o pared torácica y/o adenopatías palpables fijas y/o afectación de la cadena de la mamaria interna. Es decir, los tumores incluidos en los estadios IIIA y IIIB de la FIGO.

En España, su incidencia supera el 20%, aunque va disminuyendo por el avance del diagnóstico precoz. Conlleva un mal pronóstico (sólo 30-40% de supervivencia a los 5 años) y requiere un enfoque terapéutico distinto, con quimioterapia previa a la cirugía para mejorar los resultados de la misma.

Una forma especial es el cáncer inflamatorio (1-6% de CM), caracterizado por la presencia de eritema y calor de la piel, que presenta el típico aspecto en «piel de naranja» por edema cutáneo. Tiene un pronóstico especialmente desfavorable.¹²

Exploraciones complementarias.

La llamada «triple prueba» es la clave del manejo diagnóstico de las masas mamarias palpables, por su alta exactitud diagnóstica, que alcanza casi el 100% de sensibilidad y especificidad si existe concordancia entre los tres procedimientos: exploración clínica, mamografía y punción-aspiración con aguja fina (PAAF).

Estos exámenes complementarios se les realizan a todas las pacientes que en el examen físico se les detecta una masa en la región de las mamas o la región axilar.

Los inicios de la mamografía o mastografía como método radiológico se remontan a

1913 cuando Alberto Salomón radiografiaba piezas de mastectomía para determinar la extensión del tumor.

En 1945 Raúl Leborgne en Uruguay le dio impulso al método y caracterizó la micro calcificaciones. En la década de los años 1960 comenzaron los primeros ensayos randomizados de screening con el estudio del Plan de Seguros de Nueva York, y otros desarrollados en distintos países. Dichos ensayos demostraron que era posible disminuir la mortalidad por cáncer de mama gracias a estos programas.^{24,25}

- **La Mamografía**, es la más eficaz de las técnicas de diagnóstico por imagen en la patología mamaria. Su sensibilidad es del 85-95%, sobre todo en mujeres mayores de 50 años y postmenopáusicas, en las que las mamas son más radiotransparentes como consecuencia de la sustitución del parénquima mamario por grasa, lo que facilita la identificación de posibles áreas patológicas.

En cambio, son más frecuentes los falsos negativos en mujeres jóvenes, cuyo parénquima mamario denso puede enmascarar lesiones sospechosas. Por este motivo, es bajo el rendimiento de la mamografía en mujeres menores de 35 años. Ahora conoceremos los patrones que se ven en una mamografía.

- ✓ *Patrón nodular*: imagen nodular más o menos redondeada bien diferenciada del parénquima circundante. Son criterios de malignidad el contorno irregular o especulado y la polilobulación.
- ✓ *Patrón cálcico*: presencia de micro calcificaciones, siendo sospechosas las que aparecen en número mayor de 6-10, tamaño menor de 0,5 mm, polimórficas, de contorno irregular, morfología alargada y agrupamiento anárquico.
- ✓ *Patrón distorsionante*: alteración focal de la arquitectura glandular, de aspecto estrellado. En ausencia de antecedentes de traumatismo o infección, se sospechará malignidad.^{26, 27}

Los patrones mixtos, resultado de la combinación de dos o más de estos patrones simples, refuerzan la sospecha de malignidad.

La mamografía es también la única técnica válida para el screening poblacional con vistas al diagnóstico precoz.

- PAAF: permite la obtención de células tumorales para su análisis microscópico, mediante la punción de la zona sospechosa y la aspiración de células en diversas trayectorias, extendiéndolas después en un portaobjetos para su estudio.
- Otros procedimientos:

Ecografía: resulta muy útil en el diagnóstico diferencial del carácter sólido o quístico de una lesión, así como en el estudio de masas palpables en mujeres jóvenes, con mamas densas, que dificultan la visión mamográfica.

Galactografía: muy útil en el estudio de secreciones uniorificiales por el pezón, para descartar proliferaciones intraductales. Consiste en el llenado con contraste iodado hidrosoluble de los conductos galactóforos para que sea posible su identificación radiológica. Así se pueden ver defectos de repleción que requerirán estudio histopatológico.

RMN con contraste: tiene un papel esperanzador en el diagnóstico diferencial de lesiones benignas y malignas, aunque en segunda línea tras la mamografía debido a su elevado coste.¹⁶

Principales líneas terapéuticas

Cirugía: es la principal modalidad terapéutica para el tratamiento del CM a nivel local. Los avances en el diagnóstico precoz y en los tratamientos coadyuvantes, así como el nuevo concepto del CM como una enfermedad sistémica desde el principio, conducen a una actitud cada vez más conservadora en los procedimientos quirúrgicos. Actualmente se enfoca el CM como un trabajo multidisciplinario, en el que intervienen cirujanos, patólogos, radioterapeutas, bioquímicos y oncólogos clínicos.

En este contexto, el papel del cirujano es realizar una cirugía lo menos agresiva posible, que permita un buen control regional del tumor, una estadificación que defina

la extensión de la enfermedad y su pronóstico y guíe cualquier tratamiento sistémico o regional.¹⁷

Los principales procedimientos quirúrgicos que se utilizan hoy en día son la mastectomía radical modificada (extirpación de la mama y ganglios linfáticos axilares, conservando o no el pectoral menor) y la cirugía conservadora (tumorectomía y linfadenectomía axilar).

Radioterapia: es el otro procedimiento de control regional, aparte de la cirugía. Sus indicaciones actuales son la destrucción de posibles células tumorales residuales en la mama tras cirugía conservadora, a veces como complemento a la mastectomía y linfadenectomía si el tumor era grande o había numerosos ganglios afectados y, como tratamiento paliativo de las metástasis.¹⁸

Hormonoterapia: se basa en bloquear la acción estimulante de los estrógenos sobre el crecimiento celular. El fármaco más utilizado es el tamoxifeno, un antiestrógeno con acción estrogenica débil que es el agente antineoplásico más prescrito para el CM en el mundo. Reduce en un 40% el riesgo anual de desarrollar un CM contralateral.

Quimioterapia: la quimioterapia coadyuvante mediante varios fármacos (CMF es la combinación más usada, con ciclofosfamida, metotrexate y fluoracilo), administrada tras la cirugía para destruir las posibles micrometástasis, reduce la posibilidad de recurrencia y muerte en todos los grupos de edad.¹⁹

Por todo lo anteriormente descrito, es importante saber que el médico de Atención Primaria suele ser el primero al que acude la mujer que detecta una anormalidad.

Por su mayor proximidad a la paciente, su papel es fundamental a la hora de mentalizar y adiestrar a la mujer en las técnicas de autoexploración. En muchos casos, además, recae sobre él la evaluación del riesgo y la exploración rutinaria en mujeres aparentemente asintomáticas^{18, 19}.

Examen físico de las mamas.

- **Inspección:** con la paciente sentada o de pie, se observan posibles asimetrías en el tamaño de las mamas o en su forma, retracciones de la piel o el pezón, signos inflamatorios aspecto en «piel de naranja», etc. El hallazgo de signos inflamatorios, sobre todo en mujeres mayores, debe hacernos pensar en la posibilidad de una patología maligna de base, en especial en presencia de tumoraciones palpables o mala respuesta al tratamiento.

También hay que observar si hay presencia de secreciones por el pezón: las de carácter bilateral y pluriorifical sugieren causa benigna, generalmente de tipo funcional. En cambio, las secreciones uniorificiales de aspecto hemático son signos de alerta, pues pueden ser debidas a proliferaciones intraductales benignas o malignas. Su estudio exige citología de la secreción y galactografía, y la tipificación definitiva y requiere exéresis quirúrgica²⁸.

- **Palpación:** a la palpación se detecta nódulos o asimetrías de densidad en el parénquima mamario. Son sospechosos de malignidad los nódulos con bordes irregulares, consistencia dura, mala delimitación del parénquima circundante, adherencia a planos profundos o a la piel suprayacente, signos inflamatorios o edema cutáneo.

Debe investigarse la presencia o no de adenopatías axilares, su tamaño, si son únicas o múltiples, móviles o fijas, adheridas o confluentes. Para ello una de las técnicas de palpación es en contra de las manecillas del reloj que se les realiza a las pacientes y además, no hay que olvidarse de examinar la axila contralateral, así como las fosas supraclaviculares. Para detectar si hay algo sospechoso como ya se comentó anteriormente.

La mama es un órgano par situado en la parte anterior del tórax. Para su mejor exploración la dividimos en regiones.

1. La periareolar.
2. El cuadrante superoexterno.
3. El cuadrante inferoexterno.

4. El cuadrante superointerno.

5. El cuadranteinferointerno.

El cáncer se presenta con mayor frecuencia en el cuadrante supereoexterno.

Mediante la inspección podemos determinar: número, simetría, posición, tamaño, apariencia, superficie de las mamas, pezones y retracción de la piel²⁰.

Cada mujer posee sus propias peculiaridades. En las jóvenes, las mamas se ven erguidas en forma cónica; en las delgadas, el pezón y la areola se hallan al nivel del cuarto espacio intercostal. En las obesas, las mamas pueden descender a veces, como ocurre en ocasiones después de la lactancia, ya que no existe la costumbre de realizar ejercicios puerperales para mantener la firmeza de los pectorales. En las ancianas, los fenómenos de atrofia, soporte y tono muscular, que se inician en la menopausia y se extienden hasta la senectud, van a ofrecer a las mamas un aspecto colgante con una declinación mayor de los pezones.

En los pezones se valoró:

Pérdidas: que pueden ser transparentes, sanguinolentas, amarillas, azules o verdosas y también lechosas o purulentas.

Asimetría: no necesariamente tiene que ser patológica. Los pezones invertidos o aplanados carecen de significación si la paciente refiere que así han sido desde joven.

Tanto en el cáncer de mama como en los procesos inflamatorios, puede observarse un hundimiento u hoyuelo; por lo tanto, cuando no se comprueba a simple vista debemos orientar algunos movimientos que nos permita detectarlo precozmente. Este signo se origina por la retracción de los ligamentos de suspensión como consecuencia de la toma o infiltración de los ligamentos de Cooper.²⁹

La palpación puede realizarse con la paciente de pie o acostada. Si está

acostada se recomienda colocarle una almohadilla debajo del hombro correspondiente a la mama que se va a examinar, por cuanto facilita una mejor exploración. Esta última debe ser sistemática, y comienza por la mama supuestamente sana, si la enferma refiere padecer alguna enfermedad.

Cuando la paciente está acostada, las manos se aplanan uniformemente sobre la pared torácica, por ello preferimos esta posición y siempre la indicamos desde el comienzo.

Con extrema delicadeza utilizamos la cara palmar de los dedos unidos para hacer ligera presión contra la parrilla costal y palpar primero la región periareolar y luego el cuadrante supero externo. Después siguiendo un movimiento circular, examinamos todos los cuadrantes y volvemos al punto inicial.

La palpación de la mama debe completarse presionando suavemente el pezón entre los dedos índice y pulgar, con el objetivo de investigar la aparición de secreciones. Es aconsejable, además, la medición de las mamas en sentido longitudinal y transversal. Cuando comprobamos la presencia de un nódulo, debemos precisar los aspectos siguientes:

1. *Localización*: detallar en qué cuadrante está situado.
2. *Tamaño*: medir con una cinta métrica su diámetro aproximado.
3. *Contorno*: precisar si es regular, liso o irregular.
4. *Consistencia*: determinar si la masa es blanda.^{30,31}

Autoexamen de mamas.

La técnica puede impartirse mediante charlas directas y demostrativas o a través de los medios masivos de comunicación radiales, escritos o televisivos.

Las mujeres deben realizarse este autoexamen de forma regular y sistemática, mensual o trimestral. El momento ideal es después de sus menstruaciones; en la etapa posmenopáusica debe realizarlo en una fecha fija.

Que la mujer pueda detectar los signos siguientes: enrojecimiento de la piel, hundimientos, nódulos, engrosamientos, retracciones, cambios en la simetría, tamaño y consistencia de las mamas. Para ser reconocida por un facultativo y valorar su estudio con otros medios diagnósticos.

Formas de inspeccionar una mama.

Primero se debe inspeccionar una mama y luego la otra. Se lo puede realizar frente a un espejo o durante el baño se aplican varias técnicas como son:

- Paciente sentada con los brazos al lado del cuerpo para inspeccionar simetría, aspecto y depresiones.
- Paciente sentada haciendo presión con los brazos en las caderas para tensionar los músculos pectorales y observar cualquier depresión.
- Paciente sentada con los brazos en alto para inspeccionar la región axilar.
- Paciente sentada con los brazos y la cabeza hacia abajo. Se realizará palpación bimanual de ambas mamas colgantes para inspeccionar la porción glandular de la mama.
- Paciente con los brazos extendidos a 60 ó 90° para palpar la región axilar y buscar la presencia de ganglios.
- Paciente acostada que se palpa ambas mamas, con los brazos en alto y a los lados respectivamente, con el objetivo de identificar cualquier tumoración o secreción por el pezón.
- Paciente sentada o acostada, a la que se le inspecciona la región supraclavicular para identificar ganglios palpables.³¹

Prevención primaria.

Se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.³¹

Diseño metodológico

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa sobre conocimientos generales del cáncer de mama en pacientes pertenecientes al consultorio # 4 del grupo básico de trabajo 1 del Policlínico “Mario Gutiérrez Ardaya” del municipio Holguín durante el periodo de enero del 2017 a enero del 2018.

Universo y Muestra

El **universo** estuvo constituido por 235 pacientes que fueron atendidas en el consultorio y la **muestra** fue conformada por 62 pacientes con factores de riesgo y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que vivan permanentemente en el área de salud.
- Edad mayor de 20 años.
- Mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama.
- Pacientes aptas física y mentalmente.
- Pacientes que den su consentimiento para ser partícipe de la investigación.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que se cambiaron de área de salud.
- Pacientes con dificultad severa para la comunicación.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos y deterioro del nivel cognitivo.
- Pacientes ausentes a dos sesiones de las actividades educativas.

Criterios de Salida:

- Pacientes que se ausentaron a 2 o más encuentros.

Operacionalización de las variables				
Variables	Clasificación	OPERACIONALIZACION		
		Escala	Definición	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	20 - 39 años	Según años Cumplidos.	Número absoluto y por ciento.
		40 - 59 años		
		60 a 79 años		
		80 y más		
Factores de riesgos	Cualitativa nominal politómicas	Antecedentes patológicos de CM Nulíparas Obesidad Factores hormonales Lactancia materna Otros	Según los referidos por las pacientes.	Número absoluto y por ciento.
Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuada	Se considera adecuada cuando marca los incisos a, c, d, e, inadecuado si marca b.	Número absoluto y por ciento.

Nivel de conocimientos sobre los síntomas	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuada	Se considera adecuada cuando marca solamente los incisos a, c, d inadecuado si marca b, e	Número absoluto y por ciento.
Nivel de conocimientos sobre las medidas de Prevención.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuada	Se considera adecuada cuando marca los incisos a, c, d, inadecuado si marca c, e.	Número absoluto y por ciento
Nivel de conocimientos sobre los aspectos generales del cáncer de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuada	Se considera adecuada cuando marca el i incisos a e, inadecuado si marca b, c.	Número absoluto y por ciento

El estudio se dividió en tres etapas:

Etapas Diagnóstica:

Se les explicaron a las mujeres las características del estudio previo consentimiento informado (Anexo I), posteriormente se les aplicó un cuestionario para valorar el nivel de conocimiento sobre el tema. Todo esto permitió realizar el estudio diagnóstico donde se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

Conocimiento sobre:

- Síntomas del cáncer de mama.

- Factores de riesgo dentro de la población femenina.
- Técnica de detección precoz del cáncer de mama.
- Aspectos Generales.

2. Etapa de intervención: correspondió a la intervención; se elaboraron cuatro módulos de capacitación que incluyeron técnicas participativas (discusiones grupales y juegos didácticos) con una hora de duración con cada grupo y una vez a la semana, por un período de 6 semanas; los módulos fueron elaborados a partir de los desconocimientos detectados en el sondeo inicial, mediante la aplicación de la encuesta. La muestra se dividió en 4 grupos de 17 pacientes cada uno, donde se pudo trabajar de forma más directa. Temáticas a tratar en el programa intervención.

3 - Etapa de evaluación:

A los 6 semanas de realizada la intervención se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención.

El nivel de conocimiento será evaluado por la encuesta. Las pacientes marcaron con una X solamente la opción que consideraron correcta en cada pregunta.

Métodos empleados:

Se utilizó el método científico como vía para realizar la investigación y poder estudiar la esencia del fenómeno y llegar a conclusiones científicamente fundamentadas. Se aplicaron métodos teóricos y empíricos.

Dentro de los teóricos se utilizaron

Histórico - lógico: A través del cual se pudo estudiar la trayectoria real del fenómeno y acontecimiento a lo largo de la historia, en este caso correspondió a los factores de riesgo del cáncer de mama.

Analítico – sintético: Posibilitó analizar la situación actual del problema planteado para seleccionar aspectos y relacionados con esa selección incluir los que debían integrar el trabajo investigativo.

Inductivo – deductivo: Ambos se complementan entre sí, del estudio de numerosos casos particulares a través de la inducción se llega a determinar generalizaciones, leyes empíricas, las que constituyen puntos de partida para definir o confirmar formulaciones teóricas. De dichas formulaciones teóricas se deducen nuevas conclusiones lógicas, las que son sometidas a comprobaciones experimentales, de ahí que solamente la complementación mutua entre estos procedimientos puede proporcionar un conocimiento verdadero sobre la realidad; lo que permitió en la investigación mediante el estudio de casos particulares y los razonamiento inductivos y deductivos a partir de elementos particulares relacionados con los factores de riesgo en estas pacientes para arribar a conclusiones y recomendaciones con propósitos específicos.

Enfoque sistémico: Este proporciona la orientación general para el estudio del fenómeno, como una realidad integral formada por componentes que cumplen determinadas funciones y mantienen formas estables de interacción, en este caso es necesario la interacción y relación entre los diferentes elementos, que de manera ordenada conforman la investigación.

Métodos empíricos

Observación: Se pudo determinar el desconocimiento sobre la prevención del cáncer de mama.

Métodos Estadísticos

Matemáticos: Permitió la determinación de porcentajes para el análisis de los resultados obtenidos en los diferentes indicadores del estudio.

Para dar salida a los objetivos propuesto se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada sobre el tema para conocer su incidencia tanto nivel nacional como internacional en las base de datos Medline, Pubmed, Hinari, scielo, también se revisó la literatura clásica de la especialidad.

La bibliografía se acotó según Normas de Vancouver 2012 y el informe final se confeccionó en Microsoft Office Word 2013.

Para la tabulación de la datos obtenidos en la investigación, el procesamiento de los datos y determinando las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de cada variable y sus correspondientes indicadores mediante el sistema SPSS versión 20, (*Statistical Package For Scientific Social*) para establecer tablas de contingencias.

Consideraciones éticas.

La elaboración de esta investigación se realizó tomando en consideración los principios de la Declaración de Helsinki. En cuanto a la observación de los aspectos éticos, los participantes tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la intervención educativa y la inocuidad de la misma, se le explicó de forma independiente que su participación era voluntaria y una vez incorporado tenían la posibilidad de abandonarla cuando lo decidieran, su disposición a participar en la investigación se plasmó en el modelo de consentimiento informado debidamente firmado por ellos, el autor y un testigo, que dio también la confidencialidad de su identidad e información. No se comunicaron resultados independientes, ni se relacionó ningún caso con persona alguna. (Anexo I).

Análisis y discusión de los resultados

Análisis y Discusión de los Resultados

El médico de la familia, considerado como de nuevo tipo, con una convicción totalmente novedosa de su labor en el nivel primario de atención y dotado de una elevada calidad científica, está transformando profundamente la salud pública de nuestro país para el beneficio de nuestro pueblo, para esto se apoya en las intervenciones comunitarias las cuales resultan un arma eficaz para aportar conocimientos a la comunidad.²⁸ En este caso ha sido una opción capaz de proporcionar el máximo de beneficio sanitario y social.

Tabla 1. Distribución de las pacientes con factores de riesgos según edad. Consultorio 4, Policlínico Mario Gutiérrez. 2017- 2018.

Edad	Nro	%
20 – 39	5	7.35
40 – 59	29	42.65
60 – 79	24	35.29
80 – y más	10	14.71
Total	68	100

Fuente: encuesta.

La tabla 1, muestra la distribución de mujeres según grupos de edades, se evidenció que las mujeres con mayor cantidad de factores de riesgos se encontraban entre 40 y 59 años 42.65 %.

El mayor número de casos fue encontrado entre los 40 y 59 años por Toro Rubio, en un estudio en Cartagena de Indias coincide en parte con la presente investigación. El comenta que esto resultados estén relacionado con una mayor incidencia de la enfermedad luego de los 40 años, aunque se han encontrado algunos casos de pacientes por debajo de esta edad, y a pesar de que por encima de los 60 años esta

enfermedad es muy frecuente, en su estudio se encontraron pocos casos de las pacientes de edad avanzada, en lo que diferimos pues el mayor número de casos de nuestra investigación oscilo en las edades de 60 a 79 años, seguido de edades 40 a 59 años.³⁰

Se ha demostrado a través de diversos estudios, que la edad constituye uno de los principales factores de riesgos para el cáncer mamario; conforme avanza la edad, aumenta el riesgo, lo que le confiere mayor valor, pues aunque es útil la práctica del autoexamen mamario desde la menarquia, se establece que deberá realizarse después de los 25 años, debido a que es de mayor importancia en las mujeres de 40 años y más.³¹

La autora refiere que existe un incremento del riesgo de padecerlo en intervalos de 10, 20 y 30 años, demostrando que las mujeres están más expuestas a esta enfermedad a medida que envejecen, pues las posibilidades de padecer cáncer aumentan. Las adolescentes, como también las mujeres entre los 20 y los 40 años, tienen menos probabilidades de desarrollar este tipo de tumor. La mayoría de las mujeres tienen más de 60 años de edad cuando son diagnosticadas con cáncer de seno.

Tabla 2. Distribución de las pacientes según factores de riesgo.

Consultorio 4, Policlínico Mario Gutiérrez. 2017- 2018

Factores de riesgos	Nro	%
Antecedentes patológicos de CM	19	27.14
Nulíparas	18	25.71
Obesidad	12	17.14
Factores hormonales	9	12.86
Lactancia materna	7	10.00
Otros	5	7.14

Fuente: encuesta.

En la tabla 2 muestra la distribución de las pacientes según factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, predominó el antecedente familiar de neoplasia de mama con 27.14 %.

Se plantea que factores de riesgo como los genéticos, los malos hábitos dietéticos y el estrés, pueden provocar cáncer de mama en aquellas personas que tienen predisposición a sufrir la enfermedad.^{16, 19} Evitar estos factores de riesgo, podría ser una forma de prevención de la enfermedad, pero es tan importante prevenir como el diagnóstico precoz y un correcto tratamiento de la entidad de base.¹⁸

La literatura expone que cuando una mujer tiene patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica) tiene de 4 a 5 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad que aquellas mujeres que no tienen cambios proliferativos en el pecho. Otras variables que se asocian al riesgo elevado son número de biopsias del pecho, resultados de hiperplasia atípica o carcinoma lobular in situ, antecedente de terapia de radiación en tórax y densidad mamaria aumentada en una mamografía.²¹

Aunque el CM puede presentarse aun sin factores de riesgo la presencia de dos o más incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad por lo que es fundamental hacer una evaluación minuciosa de las mujeres.¹⁵

La autora opina que los familiares en primer grado con lesiones de mama triplican las posibilidades de padecer las mismas lesiones, sobre todo si se ha diagnosticado en edad pre menopáusica; la presencia de estas lesiones en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo.

Por lo que la herencia se consideró uno de los factores importantes en esta investigación pues trasciende de generación a generación tanto las cualidades fenotípicas como las genotípicas y de la misma forma las enfermedades en este caso las lesiones malignas por lo que al es de vital importancia realizar un buen interrogatorio para no obviar estas lesiones como antecedente familiar, para evitar nuevos casos en el futuro mediante actividades de promoción y prevención, y de esta

forma mantener un ambiente saludable para estas pacientes con tendencia a estos tipos de lesiones.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de mama. Consultorio 4, Policlínico Mario Gutiérrez. 2017- 2018.

Conocimiento	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuados	7	10.29	65	95.59
inadecuados	61	89.71	3	4.41
Total	68	100	68	100

Fuente: encuesta.

La tabla 5 muestra el conocimiento que tienen las féminas sobre la prevención del cáncer de mama, donde se evidenció un desconocimiento en el 89.71 % de las mujeres, una vez implementada la intervención educativa se elevó el conocimiento a la categoría de adecuado en el 95.59 % de las participantes.

Maza García en su investigación en Ecuador refiere sobre la importancia de la realización del autoexamen de mama, donde un 95,7% de las mujeres contestó que es importante, y en lo que concierne a la forma como obtuvieron la información, se halló que un 83,6% la recibió del personal de salud y, en mucha menor proporción, de páginas de Internet (1%). La mayoría de las mujeres considera que la etapa de la vida en la cual deben comenzar con el autoexamen es la adolescencia (61,2%); por lo que consideraban una forma de prevención en edades tempranas.³²

El autoexamen de mama permite descubrir cualquier anormalidad, pues la mujer estará familiarizada con sus mamas y podrá detectar cualquier cambio en su estructura.³³ Santos Perdomo, observó en las entrevistadas que solo un porcentaje mínimo 6,6% tenían conocimientos de algunas medidas que ayudan a detectar a tiempo el cáncer y señalaron al autoexamen, la ecografía y la mamografía.³⁴

Diversos estudios refieren la existencia varios métodos para la detección precoz del cáncer de mama, como el examen clínico, mamografía, ultrasonografía, y auto examen de mama. El auto examen de mama es un método sencillo, inocuo y sin costo, algunos lo recomiendan como el primer método a utilizar.³⁵⁻³⁶

Del Toro en su estudio Cartagena de Indias refiere que el diagnóstico precoz del cáncer de mama puede reducir el riesgo de muerte temprana del 79% al 56%, a los 50 años; mientras que a los 79 años, la relación es de 23 a 13%, Además, confirma que la detección primaria de masas o abultamientos en las mamas al momento del autoexamen de mama, aumenta la posibilidad de reducir el tamaño del tumor en los primeros estadios con quimioterapia, radioterapia o cirugía como primera medida para conservar la mama y evitar el riesgo de metástasis por cáncer invasivo en etapa temprana.³⁸

Cobos Ordóñez en un estudio en Guayaquil reporta con valores relativamente bajos las opciones para mejorar en la prevención del cáncer de mama como, hacer ejercicios, controlar su peso, modificar su alimentación y realizar el autoexamen mamario cada mes y mamografía cada año, dieron a conocer un porcentaje bajo de las entrevistadas de 16,4%, valor que apoya al desconocimiento de otras preguntas esenciales a la prevención de cáncer a la mama. ³⁹

La importancia del diagnóstico temprano del cáncer de mama, radica en que los tumores diagnosticados en fases incipientes de desarrollo, tienen más posibilidades de curación que los que se descubren en etapas avanzadas y dentro estos se señalan los carcinomas mamarios son más invasivos.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama. Consultorio 4, Policlínico Mario Gutiérrez. 2017- 2018.

Conocimiento	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuados	8	11.76	65	95.59
inadecuados	60	88.24	3	4.41
Total	68	100	68	100

Fuente: encuesta.

Al determinar el conocimiento de las féminas (tabla 4) antes de la intervención el 88.24% desconocía sobre el tema, después aplicada se logró elevar el nivel de conocimiento a un 95.59%.

Chouhayd y colaboradores al evaluar el impacto de la intervención educativa sobre los conocimientos de los factores de riesgo de padecer cáncer de mama encontraron que el mismo es significativamente positivo, al finalizar la intervención todas las mujeres pudieron identificar de cinco a más factores de riesgo. Si se tiene en cuenta la importancia del control de los factores de riesgo en la aparición de estas enfermedades, consideramos esto como un serio problema de salud en nuestra comunidad, ya que la no percepción del riesgo es un factor condicionante y en ocasiones desencadenante de muchas enfermedades y de esta en particular.⁴⁰

Padrón González al encuestar a las pacientes en cuanto al conocimiento que tenían sobre los factores de riesgo de mamas, se observó en un inicio que el 52 % respondieron correctamente y el 42,5% no supieron contestar correctamente, después de impartidas las clases se observó que un gran porcentaje fueron capaces de interiorizar los factores de riesgo, donde se elevó el nivel de conocimiento en un 100%.⁴¹

Hernández Sáez en su investigación realizada en Camagüey, expone que los factores que se consideraron que son de riesgo para desarrollar la enfermedad estaban: tener familiares directos con cáncer de mama, alimentación con exceso de grasa, fumar cigarrillos y/o estar en lugares de fumadores los resultados antes de la intervención educativa fue de 19,0% de mujeres entre 41 a 50 años, seguidas de mujeres entre 30 a 40 años con el 4,8% consideran todos como factores de riesgos, mientras que el 100,0% de las mujeres de 51 a 65 años respondieron incorrectamente.⁴²

Fernández Fernández señala, que el conocimiento de las mujeres fue muy pobre, entre los factores de riesgos se encuentran los malos hábitos dietéticos en un 31,67%, los factores hormonales en un 21,66% y menos de un 15% consideran a los antecedentes familiares y personales, así como factores ambientales.⁴³

La bibliografía refiere que la mayor parte de los estudios sobre riesgo familiar de cáncer de mama han encontrado cerca del doble de riesgo para parientes en primer grado (madres, hermanas e hijas) de pacientes afectadas. Una parte del riesgo se le puede atribuir a la susceptibilidad a los genes BRCA 1 y BRCA.^{44,45}

Se plantea además que los individuos de una misma familia comparten lo que se conoce como una herencia cultural, donde los hábitos alimentarios, las costumbres y los hábitos de vida se hacen comunes y se heredan por generaciones, constituyendo este otro elemento a tener en cuenta al evaluar la relación existente entre estos antecedentes. Se ha estimado que es de 2,9 a tres veces mayor el riesgo de padecer cáncer de mama en las mujeres que tienen madres, hermanas e hijas con este tipo de cáncer, que el resto de la población.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre los síntomas del cáncer de mama. Consultorio 4, Policlínico Mario Gutiérrez. 2017- 2018.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuados	4	5.88	66	97.06
Inadecuados	64	94.12	2	2.94
Total	68	100	68	100

Fuente: encuesta.

Al determinar el conocimiento de las féminas sobre los síntomas del cáncer de mama (Tabla 5), se evidenció un desconocimiento en el 94.12 % de las mujeres, una vez implementada la intervención educativa se elevó el conocimiento a la categoría de adecuado en el 97.06 % de las participantes.

Amaya-Nieto en relación a la presencia de síntomas expone que el 41% de las mujeres refieren que el cáncer no presenta síntomas en su fase inicial, mientras que un 59% refieren que si presentan algún síntoma; por otro lado, a lo que se refiere relacionar algún síntoma solo el 13,1 % u 8 de las mujeres relacionan crecimiento de “bolitas en la mama”, cambio de color en la piel, salida de secreción por el pezón (no leche) son síntomas de cáncer.⁴⁶

Martínez Haro en su investigación refirió que los principales síntomas llevaban a las mujeres a consultar al médico eran las alteraciones de la mama pueden presentar como síntoma predominante: tumor, secreción, dolor o alteraciones en la forma de la mama y en la piel.⁴⁷

Chipana Canchoa, logró que las mujeres incrementaran sus conocimientos, de una evaluación deficiente antes de la intervención a satisfactoria después de la misma, lo que denota el impacto a corto plazo. La importancia de esta intervención radica en la necesidad de una actuación adecuada por parte de las mujeres, evitando la ansiedad

que se produce por no tenerse conceptos claros que permitan una caracterización correcta de estas enfermedades así como el conocimiento de los síntomas.⁴⁸

Se evidenció poco conocimiento de las participantes sobre los síntomas, debido a que estas pacientes refirieron no haber recibido mucha información sobre ellos, los pocos conocimientos los habían adquirido por la TV y la radio, pero no habían estado incluida en otros estudios, llamó la atención que las participantes demostraron interés sobre el tema, lo que logró que adquirieran los conocimientos con mayor facilidad.

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre aspectos generales del cáncer de mama. Consultorio 4, Policlínico Mario Gutiérrez. 2017- 2018.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro	%	Nro	%
Adecuados	10	14.71	67	98.53
Inadecuados	58	85.29	1	1.47
Total	68	100	68	100

Fuente: encuesta.

Al evaluar el conocimiento sobre aspectos generales del cáncer de mama (tabla 6), se comprobó un desconocimiento en el 85.29 % de las mujeres, una vez implementada la intervención educativa se elevó el conocimiento a la categoría de adecuado en el 98.53% de las participantes.

Pardo en su estudio sobre modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad concluyó que, antes de la intervención educativa existían 25 mujeres con conocimientos inadecuados sobre aspectos generales del cáncer de mama lo que representó un 83,3 % de la población estudiada, luego de aplicado el programa educativo se obtuvo resultados positivos,

pues la cifra descendió de forma considerable, al existir sólo una mujer con conocimientos inadecuados en un 3,3 % del total.⁴⁹

El conocimiento sobre los aspectos generales del cáncer de mama y la manera de detectarlo influye en la morbilidad y mortalidad de las mujeres mayores de 45 años; y el autoexamen influye en la posibilidad de mejorar el pronóstico hasta en un 63%.⁵⁰

La palpación de un nódulo por una mujer provoca en esta y sus familiares grandes preocupaciones, por la instrucción que han adquirido las personas sobre esta enfermedad. En la primera opción que piensan es que son portadoras de un tumor maligno de la mama y que serán mastectomizadas, sufriendo entonces las consecuencias físicas y psicológicas que esta enfermedad y el tratamiento podrían proporcionarles; por ello muchos profesionales en el mundo luchan porque esta enfermedad sea eliminada, como fuente de terror y de muerte, pero para lograrlo es de vital importancia su detección y tratamiento precoz.⁵¹

Finalmente estos resultados nos permiten tener una visión clara de la importancia de la intervención educativa lo que incremento de manera significativa el nivel de conocimientos del grupo de estudio, por lo que se evidencia la necesidad de desplazar el diagnóstico de cáncer de mama de etapas tardías a etapas tempranas, y las posibilidades de ejecutar acciones de salud encaminadas divulgar el auto examen de mama como la vía accesible para el trabajo de la prevención en la atención primaria, con el objetivo de incrementar la detección precoz del cáncer de mama para garantizar una mayor efectividad en el proceso educativo.

Conclusiones

Conclusiones

- ✓ Se evidenció un predominio de mujeres con factores de riesgo en el grupo de edad de 40 a 59 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama.
- ✓ Se comprobó un nivel de conocimiento inadecuado sobre el tema por lo que se elaboró he implementó una propuesta de intervención educativa acerca de la prevención cáncer de mama.
- ✓ Se logró elevar el nivel de conocimientos de las pacientes sobre las temáticas tratadas.

Recomendaciones

Recomendaciones

Al identificar que el grupo de edad con mayor riesgo fue el de 40 a 59, se recomienda intensificar las charlas, talleres en estos grupos de edades, con el objetivo de lograr una mayor prevención del cáncer de mama.

Extender el estudio a otras áreas de salud con el objetivo de poder realizar comparaciones.

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

1. González C, Pina L, Moreno F, Acosta V, Villamizar CS. Manejo imaginológico de pacientes de alto riesgo para cáncer de mama. Rev Venez Oncol. [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 28];26(2):98-108. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3756/375633969005/>
2. Rodríguez MA, LaCruz JC, Márquez M, López F, Borges R, Delgado JR. Factores pronósticos y predictivos en el cáncer de mama con sobre-expresión del HER-2/neu. Rev Venez Oncol. [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 28]; (3):175-186. Disponible en: [www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/03._rodriguez_\(175-186\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/03._rodriguez_(175-186).pdf)
3. Avdal EU, Yucel SC, Dal NA, Dicle A, Ozkan A, et al. Effectiveness of online education in teaching breast self-examination. Asian Pac J Cancer Prev. [Internet]. 2018 [citado 2018 Feb 28]; 15(7):3227-3231. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24815475/>
4. López L, Torres L, Blanco J, Hernández RU, Knaul FM. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Salud Pública Méx. [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 28]; 56(5):538-546. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500021
5. Serra I, Maya D, Aguayo C. Cáncer de mama en Chile. Mortalidades comparadas: niveles nacional, regional y comunal, 1990-2011. Análisis programático. Rev Chil Cir. [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 28]; 66 (2):118-126. Disponible en: www.redalyc.org/toc.oa?id=3455&numero=31965
6. Samón Cruz J, Cautín Legrá L, Ruiz Martínez I, Mustelier Ramos LC, Caraballo Fernández L. Necesidad de estudios sobre costos en la Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Rev Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 2018 Feb 28]; 97(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1820>
7. Ricardo Ramírez JM. Displasia mamaria, manifestaciones clínicas y algunos aspectos de su tratamiento actual. MEDISAN. [Internet]. 2014 [citado 6 mar 2018];18(7):1027-31. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700019&lng=es

8. Prieto M. Epidemiología del cáncer de mama En Chile. Rev Med Clin. Condes - [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 28]; 22(4) 428-435. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704473>
9. Loreto Núñez G, HBu Gueño H. Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. Rev Med chile 2017; 145: 106-114. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rmc/v145n1/art14.pdf
10. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2015 [citado 5 feb 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2015/05/Anuario_2014_electronico-1.pdf
11. Holguín. Dirección Provincial de Estadística y registros médicos. Anuario Estadístico de Salud 2014 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2015 [citado 5 feb 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2015/05/Anuario_2014_electronico-1.pdf
12. Oyasa Moncayo CR. Barreras para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años atendidas en el hospital julio Enrique paredes en el período 2011- 2013". [Tesis]. Ambato – Ecuador: Universidad Técnica De Ambato; 2014.
13. Chave Bontempo FM. Detección oportuna de cáncer de mama acciones realizadas en mujeres mayores de 40 años. [Tesis]. Córdoba: Universidad Veracruzana; 2014.
14. Molina Guevara GE. Factores cognitivos y actitudinales y su influencia en la adherencia del screening del cáncer de mama en las mujeres entre 40 a 64 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia agosto Nicolás martínez en el periodo febrero 2014 – diciembre 2014". [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica De Ambato; 2015.
15. Tránsito de los Ángeles SP. Uso de terapias alternativas como apoyo al tratamiento de pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital

- oncológico julio e. Paredes solcatungurahua". [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica De Ambato; 2014.
16. Peña García Y, Maceo González M, Ávila Céspedes D, Utria Velázquez L, Más López Y. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. [Internet]. 2017 [Citado 20 mar 2018]. Disponible en:
 17. Caballeros Pino L, Álvarez Reyes M, Díaz González M, López Labarta L, Marrero Molina L. Intervención educativa sobre cáncer y autoexamen de mamas en mujeres con riesgo. [Internet]. 2017 [Citado 20 mar 2018]. Disponible en: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/view/88>
 18. Cedeño Cevallos HL, Macias Moreira XA. Asistencia De Pacientes Tratados Con Quimioterapia En El Hospital Solca, Portoviejo". Ecuador: Universidad Técnica De Manabí; 2017.
 19. Chico Martínez MF. Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica De Ambato; 2017.
 20. Maza Vásquez MP. Conocimientos y práctica del autoexamen mamario en usuarias del centro de salud rayito de luz, cantón machala. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2017.
 21. González Limonte M, Álvarez Sintés R, Isla Valdés M, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones Mamarias. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: ECIMED; 2014 [citado 6 Dic 2015]. p. 1433-42. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo4_3raedicion/parte_26.pdf
 22. Cardoso F. International Guidelines for Management of Metastatic Breast Cancer: Combination vs Sequential Single-Agent Chemotherapy. J Natl Cancer Inst [Internet]. 2014 [citado 6 mar 2018]; 101:1174–1181. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19657108>
 23. Serra I, Maya D, Aguayo C. Cáncer de mama en Chile. Mortalidades comparadas: niveles nacional, regional y comunal, 1990-2011. Análisis

- programático. Rev Chil Cir. [Internet]. 2014 [citado 6 mar 2018]2014;66 (2):118-126. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-40262014000200005&script=sci_arttext
24. Bell Santos H. Autoexamen de mama en mujeres de la comunidad "19 de Abril" del municipio venezolano de Guanare. MEDISAN.[Internet]. 2015 [citado 6 mar 2018]; 19(2):186-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200006&lng=es
25. González Limonte M, Álvarez Sintés R, Isla Valdés M, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones Mamarias. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: ECIMED; 2014 [citado 6 Dic 2015]. p. 1433-42. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo4_3raedicion/parte_26.pdf
26. Figueroa D, Gutiérrez J, Ramírez R, Rangel J, Castellanos A, Bernal BM, Percepción y conocimiento del autoexamen de mama antes y después de una intervención educativa de salud en adolescentes de Tunja., Rev. Salud .hist.sanid. on-line [Internet]. 2017 [Citado 20 mar 2018];1 2(2):3-15. Disponible en: Disponible en <http://www.shs.agenf.org/>
27. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancers tatistics 2015. CA: Cáncer statistics, [Internet] 2015 [consultado 13 abril 2018]; 65(1): 5-29. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.3322/caac.21254>
28. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán C. Factors associated with the timely treatment of women with breast cancer supported by a non-governmental organization in Bogotá Colombia. Biomedica. [Internet] 2015 Dec [citado 13 abril 2018];35(4):505-12. Disponible en: doi:10.7705/biomedica.v35i4.2378.
29. Santana-Chávez LA, Zepeda-FloreS SE, González-Muñoz LM, Meléndez-Morales J. Effectiveness of supervised breast self-examination as educational strategy. Ginecol Obstet Mex. [Internet] 2015 Sep [citado 13 abr 2018]; 83(9):522-8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-016-1133-z>

30. Toro Rubio del M, Peinado Valencia L, Díaz Pérez A. Conocimientos y prácticas sobre el autoexamen mamario en mujeres de Cartagena de Indias (Bol.–Col). [Internet]. 2014 [Citado 20 feb 2018]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/37>
31. Milián Mosquera EN, Rodríguez Feliz T, Justo Celorrio MV, Batista Serrano R, Algarin Mariño JC. Características de pacientes con cáncer de mama diagnosticado en el año 2013 en el municipio de Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2016 [Citado 20 feb 2018]; 40 (7). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/37>
32. Maza García MA, Padilla Herrera AC. Nivel de conocimiento de la prevención del cáncer de mama en los estudiantes de primer año de la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil 2014. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2014.
33. Vega G, Ávila J, García P, Camacho N, Becerril A. La obesidad y su relación con el cáncer de mama en una población mexicana. [Internet]. 2018 [Citado 20 feb 2018]. Disponible en: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/2618/2479>
34. Santos Perdomo A. Proyecto de intervención educativa de enfermería sobre la autoexploración mamaria impartido a mujeres del municipio de La Victoria de Acentejo". [Tesis]. Tenerife: Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
35. Sánchez Urdaneta Y Machado J, Villalobos Inciarte N, Contreras Benítez A, García J, Nasser B. Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. Rev Venez Oncol. [Internet]. 2016 [Citado 20 feb 2018]; 28(1):37-51. Disponible en: [www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06_sanchez_y_\(37-51\)\(1\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06_sanchez_y_(37-51)(1).pdf)
36. Romaní F. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores socio demográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demografía de Salud Familiar (ENDES). Rev. Scielo Perú. Fac. Med. [Internet].

2011[Citado 20 feb 2018];72(1).Disponible en:
[repository.udca.edu.co:8080/jspui/.../1/Factores que intervienen Payán U
maña.pdf](http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/.../1/Factores_que_intervienen_Payán_Umaña.pdf)

37. Silva N, Soares DA, Rego S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. Enfermería global. [Internet]. 2016 [Citado 20 feb 2018];Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/138991/144231>
38. Del Toro RM, Peinado VL, Díaz PA. Conocimientos y prácticas sobre el autoexamen mamario en mujeres de Cartagena de Indias (Bol.-Col). Cienc. innov. salud. [Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 28]; 2 (1): 27-32.Disponinle en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/70>
39. Cobos Ordóñez AP. Diseño de estrategia de intervención educativa sobreautoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en elconsultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016. [Tesis]. Universidad Católica De Santiago De Guayaquil; 2017.
40. Chouhayd-el AL, López AC, Castillo E. Implementación y evaluación de un programa de asesoramiento farmacéutico en cáncer de pecho. Pharm Care Esp. Internet]. 2014 [citado 2018 Feb 28]; 6(4):142-155. Disponible en: pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/download/186/166
41. Padrón González O, Otero Rodríguez I, de la Cruz Pérez D, Veliz Hernández MA, Siles Guerra A. Intervención educativa sobre enfermedades benignas mamarias y autoexamen de mama. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Feb 28]; 32(2): 161-169. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200003&lng=es
42. Hernández Sáez I, González Sáez Y, Heredia Benítez LY, Heredia Cardoso A, Conde Martín M, Aguilar Oliva S. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2011 [Citado 20 feb 2018]; 15 (3): 487-503. Disponible en: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211119971007>

43. Fernández Fernández E, Tapia Romero MC, Sánchez Queralta M, Álvarez Echavarría M, González Pereira. Intervención educativa sobre cáncer de mama en mujeres. [Internet]. 2014 [Citado 20 feb 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cancer-de-mama-mujeres/>
44. Padrón J, Padrón L, Padrón L, Morejón AF, Benet M. Comportamiento del diagnóstico precoz del cáncer de mama y cérvico-uterino en el municipio Cienfuegos. [Internet]. 2014 [Citado 20 feb 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2013/fi132c.pdf>
45. Sifuentes-Álvarez A, Castañeda-Martínez LY, Lugo Nevares M, Reyes-Romero MA. Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama en mujeres de estado de Durango, México. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 28]; 83:662-669. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61853>
46. Amaya-Nieto SM, Prado-Avendaño CP, Velásquez Carranza DV. Eficacia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres del A.A.H.H. Tiwinza – Puente Piedra 2012. Revista Enfermería Herediana. [Internet]. 2015 [Citado 20 feb 2018]; 8(2). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2688>
47. Martínez Haro M, Quiñoz Gallardo Md, Porta Sanfeliu M. Intervención educativa sobre prevención del cáncer de mama con profesionales sanitarios del ámbito hospitalario. Metas de Enfermería [Internet]. 2015 [Citado 20 feb 2018]; 18(3): 6-10. Disponible en: <https://medes.com/publication/99245>
48. Chipana Canchoa C, Salomé Olivera E, Salomé Rojas C. Eficacia de un programa educativo de enfermería en el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres de 30-65 años en una comunidad urbano marginal de lima metropolitana, octubre-2016. [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.

49. Pardo S. Modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo. [Internet]. 2010 Mar [Citado 20 mar 2018]; 15(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_1_11/san13111.htm
50. Mazzini CB. Knowledge the Breast Self-Exam on Students from a Public University in Lima. Arch Can Res. [Internet]. 2016 [Citado 20 feb 2018]; 4: 3. Disponible en: DOI: 10.21767/2254-6081.1000102
51. Yépez D, de la Rosa AG, Guerrero C, Gómez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2012 [citado 2018 Feb 28]; 2(2):79-84. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61853>

Anexos

Anexo I. Consentimiento informado

Yo _____ acepto a conformar parte de este estudio luego de que se me ha explicado en que consiste la investigación estoy dispuesta a colaborar con ella y brindarle la información que necesite para su trabajo.

Firma del paciente _____.

Firma del autor _____

Anexo II. Encuesta.

1. ¿Conoce los factores de riesgo del cáncer de mama?. Marque con una (x) la opción que considere correcta.

- 2. ____ Edad avanzada.
- 3. ____ Promiscuidad.
- 4. ____ Antecedentes patológicos de cáncer de mama.
- 5. ____ Ingesta de estrógenos exógenos.
- 6. ____ Lactancia Materna.

2. ¿Conoce los síntomas del cáncer de mama?. Marque con una (x) la opción que considere correcta.

- a) ____ Bulto en el pecho
- b) ____ Aumento de peso.
- c) ____ Enrojecimiento de la piel
- d) ____ secreción por el pezón.
- e) ____ Hinchazón del cuello.

3. ¿Conoce cuáles son las Medidas de prevención? Marque con una (x) la opción que considere correcta.

- a) ____ Autoexamen.
- b) ____ Ecografía.
- c) ____ Análisis de sangre.
- d) ____ Mamografía.
- e) ____ Ninguna de las anteriores.

4. ¿Conoce que es el cáncer de mama?

- a) ____ Proliferación maligna de las células epiteliales de las mamas.
- b) ____ Una enfermedad benigna que no ofrece peligro.

c) _____Un virus con el cual se infesta la mujer.

Anexo III. Clave de calificación

1. Se considera adecuada cuando marca los incisos a, c, d, e, inadecuado si marca b.
2. Se considera adecuada cuando marca solamente los incisos a, c, d inadecuado si marca b, e.
3. Se considera adecuada cuando marca los incisos a, c, d, inadecuado si marca c, e.
4. Se considera adecuada cuando marca el i incisos a e, inadecuado si marca b, c.

Anexo IV. Programa de intervención educativa

Objetivos

General

Elevar el nivel de conocimiento de las mujeres con factores de riesgo seleccionados sobre la prevención del cáncer de mamas por medio de una intervención.

Específicos:

Mencionar los factores de riesgo entre la población femenina cáncer de mama.

Explicar los síntomas del cáncer de mama.

Describir las medidas de prevención.

Explicar en que el cáncer de mama

Sección No.1

Tema: Introducción al programa Educativo

Objetivos

1. Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.
2. Presentar el curso y sus objetivos.
3. Motivar a la divulgación de los temas impartidos.

Actividades:

Introducción: se realizó por parte de la autora la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: "Presentación Cruzada", esta consiste en: se le indicó al grupo que intercambiara

información de pareja durante 3 o 4min. Luego cada miembro de cada pareja presenta en plenario al otro integrante de la misma.

Actividad Principal: se abordan los temas relacionados con la investigación, se tiene en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre. Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Método de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos y Material Mimeografiado.

Sección. No.2

Tema: Factores de riesgos entre la población femenina

Objetivos:

1. Explicar los factores de riesgos e identificar los más frecuentes.

Actividades:

Introducción: esta sección se iniciará con la técnica participativa “El Amigo Secreto”, Donde cada integrante después de haber seleccionado su pareja le tendrá que realizar una pregunta relacionada con el tema anterior y así sucesivamente todos podrán preguntar y responder.

Actividad Principal: se inicia la sección con una conferencia por parte de la autora de la investigación, sobre los factores de riesgo luego a través de la técnica participativa Lluvia de Ideas. Se le solicitó a las pacientes que mencionaran los factores de riesgo, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra, al finalizar la autora expuso cual sería el más importante para las pacientes.

Cierre: se aplicó la técnica: temores y esperanza que consiste en que cada una de las pacientes exponga sus temores y esperanzas sobre el tema tratado, lo cual va seguido de un resumen de aquellos que se consideren los principales factores que fueron debatidos.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

Sección No. 3

Tema: síntomas del cáncer de mama.

Objetivos:

1. Explicar los principales síntomas del cáncer de mama.
2. Mostrar la forma de reconocerlas.

Actividades:

Introducción: se hizo un breve resumen de la actividad anterior y se recordaron los términos y definiciones introducidas en el encuentro precedente.

Actividad Principal: mediante la lectura dirigida se expusieron los principales síntomas del cáncer de mama, posteriormente, se le mostró un vídeo, que trataba algunos aspecto del tema, aplicándose la técnica Juego de Película, adaptada por la autora, que consiste en: Se divide el grupo en dos equipos que se identifican por los colores Verdes y Blancos. Un equipo selecciona una parte del vídeo relacionado con el tema (Previamente consultado con la autora). Posteriormente se escoge al azar a un miembro del otro equipo y se le comunica en secreto la parte seleccionada. Este tiene que ilústrole a su equipo a través de la mímica rasgo de la parte seleccionada. Útil para resaltar la importancia del lenguaje no verbal.

Cierre: se empleó una técnica de animación: dar y recibir aprecio. Todas las pacientes sentadas en círculo, de izquierda a derecha, el que le dio aprecio lo reciben, luego este se expresa en voz alta para que todos los escuchen. Al finalizar la autora enfatizó en la forma de reconocerlos con lo que concluyó dicha sección. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, Videos y Televisor.

Sección No. 4

Tema: Medidas de prevención.

Objetivos:

1. Enseñar la técnica adecuada del auto examen de mama.
2. Explicar las medidas de prevención del cáncer de mama

Actividades:

Introducción: para lograr la motivación en este encuentro, se escogieron a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisiera relatar una fábula.

Actividad principal: en los dos subgrupos se les entregó a las pacientes, de forma mimeografiada una situación, que simuló un problema de salud, para que lo lean y analicen lo que se trata es de reconocer las técnicas presente en cada situación, se tiene en cuenta que ya se conocen las principales técnicas. La técnica fue escrita en una pizarra que permitió al final de la discusión establecer un debate que involucró a todas las participantes, lo que fue dirigido por el moderador quien enfatizó en la técnica adecuada del auto examen de mama. También se hizo alusión a la mamografía, y los ultrasonidos, así como el autocuidado y los estilos de vida saludables, haciendo énfasis en el ejercicio físico y la alimentación adecuada. Posteriormente se realiza una exposición detallada de las conclusiones a las que

arribó cada subgrupo. Se terminen las preguntas. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Medios de enseñanza: Clase práctica

Medios: Humanos, Preservativos, Grabadora, Pizarra, Tizas y Material Mimeografiado.

Sección No 5

Tema: Aspectos generales sobre el cáncer de mama.

Objetivos:

1. Mostrar aspectos del cáncer de mama
2. Definir el concepto.

Actividades:

Introducción: se explicaron las principales características del cáncer de mama, haciéndose énfasis en su definición.

Actividad Principal: mediante la lectura dirigida se expuso la definición de cáncer de mama. Posteriormente se pidió que hicieran comentarios y presentaran sus dudas, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: se aplicó la técnica: “La Mecha y la Bomba”, que consistió en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de algunas participantes “explotan” lo cual determinó que se hicieran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos, Pancarta de cartulina, Bolo, Pelota y Material de Oficina.

Sección No. 6

Tema: Conclusiones

Objetivos:

1. Aplicación de la encuesta final.

Actividades:

Introducción: Se aplicó nuevamente la técnica de animación de “La Rifa Afectiva”, que consistió en reunir una bolsa con pequeños papeles enumerados que coincidieron con el número de participantes y que fueron tomados lo que determinó que el autor le ofrezca un premio afectivo que contiene en una lista: un poema, una frase vigorizante, una flor, una canción, un beso, o un aplauso.

Actividad Fundamental: se aplicó nuevamente la encuesta donde se les pidió a las pacientes que no pongan su nombre sino el sobre nombre que las identifico inicialmente.

Cierre: Se realizó la técnica de animación, “El regalo y Utilidad”, donde las participantes sentadas en forma de circulo se comienza de derecha a izquierda, dando un regalo a cada compañera sin que elque este al lado sepa cuál es, después se mencionara de izquierda a derecha una utilidad cualquiera y al final cada una dice que se le regalo y para que lo utiliza. Luego cada una opina sobre los aspectos positivos y negativos que le ofreció esta Intervención Educativa.

Tiempo: 1h

Métodos de Enseñanza: Taller Medios. Humanos y Material Mimeografiado.

