

**Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila
Facultad “Dr. José Assef Yara”
Policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez”**



Título: Programa instructivo en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez, Ciego de Ávila, 2018

Autora: Dra. Glidys López Ceballos

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

Ciego de Ávila, 2019
**Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila
Facultad “Dr. José Assef Yara”
Policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez”**



Título: Programa instructivo en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez, Ciego de Ávila, 2018

Autora: Dra. Glidys López Ceballos
Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Tutora: Dra. Dagmaris Albear de la Torre
Máster en Procederes Diagnósticos. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar

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

Ciego de Ávila, 2019

PENSAMIENTO

“... el arte de curar consiste más en evitar la enfermedad y precaverse de ella por medios naturales que en combatirla por medios violentos, e inevitablemente dañosos para el resto del sistema.

José Martí

DEDICATORIA

A mi familia, por brindarme todo el apoyo y la ayuda necesaria para seguir adelante en la vida y por confiar en el fruto de mis esfuerzos. Especialmente a mi padre que, a pesar de no ser parte física de este proceso, ha estado como guía y luz en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá por todo su amor y dulzura, por brindarme su apoyo incondicional y constante preocupación.

A mi esposo, por ser mi mayor fortaleza, por su dedicación y comprensión diaria, por estar siempre presente con su confianza.

A mi tutora, por toda su paciencia, sabiduría y consejos.

A todos mis amigos, que, de una u otra forma, cerca o lejos, mostraron su preocupación y ayuda.

A todos aquellos que, de un modo u otro, estuvieron presentes cuando lo necesité e hicieron posible la realización de la presente investigación.

A todos, Muchas Gracias.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo pre y post-prueba para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa instructivo en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama, pertenecientes al consultorio 10 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez, Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero a diciembre de 2018. La muestra de estudio estuvo constituida por un total de 30 mujeres entre 30 y 60 años. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística McNemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo. Se alcanzó una modificación significativa y positiva del nivel de conocimiento final, sobre manifestaciones clínicas, signos de alarma del cáncer de mama, curación de dicha enfermedad en relación con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, así como el conocimiento del auto examen de mamas como método de diagnóstico precoz de esta enfermedad y el nivel de conocimiento general de las participantes.

Palabras clave: intervención educativa, cáncer de mama, diagnóstico precoz.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Pág</i>
Introducción-----	1
Objetivos-----	6
Marco Teórico-----	7
Materiales y Método-----	17
Resultados y Discusión-----	24
Conclusiones-----	33
Referencias bibliográficas	
Anexos	

INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas no trasmisibles ocupan el primer lugar de los cuadros epidemiológicos a nivel mundial y el cáncer constituye expresión de esta realidad. Cuba presenta indicadores de salud similares a las naciones desarrolladas; pero a pesar de los logros alcanzados, los tumores malignos muestran una tendencia al ascenso desde 1958, considerados hoy la primera causa de muerte. ⁽¹⁾

La palabra cáncer proviene del género griego, la cual 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. ⁽²⁾

El cáncer surge de la acumulación de alteraciones genéticas en una amplia variedad de genes implicados en numerosos procesos biológicos esenciales para la célula. Estas alteraciones pueden ser heredables (constitucionales) o adquiridas durante el desarrollo y la vida adulta; el conjunto de todas ellas conduce al desarrollo y progresión de los tumores. Los genes se encuentran en el núcleo de las células, el cual actúa como la "sala de control" de cada célula. Normalmente, las células del cuerpo se renuevan mediante el crecimiento celular: las células nuevas y sanas ocupan el lugar de las células viejas que mueren. Con el paso del tiempo, las mutaciones pueden "activar" ciertos genes y "desactivar" otros en una célula. La célula modificada adquiere la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control u orden, por lo que produce más células iguales y genera un tumor. ⁽³⁾

La mama es un órgano muy importante en la estética femenina y en la lactancia materna. Como órgano "blanco" de las hormonas del ovario constituye, después de la pubertad, una glándula con respuesta a las hormonas esteroideas periódicas de la gónada. Las enfermedades mamarias tienen una alta incidencia en el mundo, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. El cáncer de mama constituye el tumor más frecuente en la mujer y cada año mueren alrededor de 373 000 mujeres, lo que representa el 14 % de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino.

(4)

El cáncer de mama es la proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. Es una enfermedad clonal de manera descontrolada de células anormales. Crea un tumor maligno con células cancerosas que invade los tejidos circundantes y hacen metástasis o se propagan a distintas áreas del cuerpo. ⁽⁵⁾

La mayoría de los cánceres se desarrollan en las células que cubren los conductos ductales. Si las células se propagan a los vasos linfáticos la probabilidad de una metástasis es mayor. Los vasos linfáticos de la mama conducen a los ganglios linfáticos axilares, otros a los ganglios linfáticos del tórax o internos, los supraclaviculares e infraclaviculares. ⁽⁴⁾

Este tipo de neoplasia se conoce desde la antigüedad. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar ese término) proviene de Egipto, del 1600 A.C, aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la horquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: No existe tratamiento. Como mínimo, un caso descrito, es de un hombre. 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) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted, que inventó la operación conocida como mastectomía radical de Halsted, lo que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70 del pasado siglo XX. ⁽²⁾

El Día Internacional del Cáncer Mamario se celebra el 19 de octubre, y tiene como objetivo sensibilizar a la población acerca de la importancia de esta enfermedad. ⁽²⁾

El cáncer de mama ocupa en México el segundo lugar y en los Estados Unidos de Norteamérica se diagnostican cada año más de 190 000 casos nuevos, por lo cual representa la entidad clínica que más fallecimientos produce en mujeres entre 35 y 54 años y el riesgo de morir en las de mayor edad es de 3,6 %; mientras que, en Brasil, 50 de cada 100 000 féminas con más de 30 años, presentan anualmente esta enfermedad. ⁽⁶⁾

La incidencia es variable en los diferentes países, con cifras elevadas en el norte de Europa: 129 por 100 000 mujeres en los países escandinavos, 110 por 100 000 en Italia, 95 por 100 000 en Holanda y Reino Unido, y tasas pequeñas en países asiáticos como Japón (30 por 100 000). ⁽⁷⁾

El cáncer de mama es una enfermedad que está consolidándose como un problema prioritario de salud pública en América Latina. Se estima que en 2020 en el mundo habrá cerca de dos millones de casos nuevos, de los cuales 76% residirán en países de ingresos medios y bajos, y de estos, 20% en América Latina, donde cada año se diagnostican 114 900 casos nuevos y mueren a causa de la enfermedad 37 000 mujeres. ⁽⁸⁾

Según estudios publicados, en la Región de las Américas se ha producido un incremento importante de la incidencia y la mortalidad de este cáncer en los últimos 30 años. La tasa de incidencia aumentó de 18 a 35% entre 1980 y 2008, y la de mortalidad, 18% entre 2002 y 2008, con gran variabilidad regional (mayores tasas en países del cono sur, como Uruguay y Argentina). Considerando el envejecimiento de la población en la Región (en 2050 se habrá triplicado la fracción de ancianos, que habrá pasado de 8 a 24% de la población), se espera que la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad aumenten, dado que está asociada al envejecimiento. Una de sus consecuencias será el aumento de la carga económica de la enfermedad, que afectará tanto a los sistemas de salud como a las familias. ⁽⁸⁾

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2012 aproximadamente 8,2 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad. Para ese mismo año, los cánceres más frecuentes diagnosticados en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto,

hígado y estómago y en la mujer el de mama, colon y recto, cuello uterino y estómago. El cáncer de mama, debido a su alta incidencia y mortalidad, representa un problema de salud pública a nivel mundial. ⁽⁹⁾

A nivel mundial, se prevé que la incidencia anual de cáncer aumentará de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas (OMS, 2015). A su vez, se estima que el número de mujeres diagnosticadas aumentará en un 46% para el 2030. ⁽¹⁰⁾

Según el Anuario Estadístico de Salud, el cáncer de mama en Cuba, ocupa el primer lugar en incidencia y el segundo en mortalidad, entre las neoplasias malignas del sexo femenino. ⁽¹¹⁾

En Cuba la tasa, aunque superior a la de los países menos desarrollados, es similar a la observada en el Caribe y Centroamérica, siendo la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer con una tasa de 21.4 por 100 000 habitantes y se diagnostican cada año más de 1 600 casos nuevos que, lamentablemente buena parte de ellos están en estadios avanzados y se considera la segunda causa de muerte después del cáncer del pulmón. Ocupa el primer lugar en incidencia y el segundo en mortalidad de los que afectan a la mujer cubana; no obstante, es controlable y curable si se detecta a tiempo. Se ha concluido que 1 de cada 14 a 16 mujeres podrá presentar cáncer de mama en algún momento de su vida y es más frecuente entre los 45 y 65 años de edad. Algo análogo a lo que ocurre en países desarrollados, en 1989 fue de 15.1 por 100 000 mujeres, la incidencia en el año 2004 fue de 25.9, en el 2008 fue de 44,3 por 100 000 habitantes. En el año 2003, se registraron 2 573 casos nuevos con una mayor incidencia en las edades de 60 a 64 años donde se registraron 294 casos nuevos en todo el país resultando una tasa de incidencia total de 45.8 por 100 000 mujeres, cifra que mostró una disminución en el año 2004 con una incidencia de 2 405 casos nuevos. En el año 2005, nuestro país mostraba una tasa ajustada de morbilidad por cáncer de mama de 31, 2 por cada 100 000 habitantes; las provincias con mayor incidencia fueron Ciudad de la Habana, La Habana, Matanzas, Villa Clara, Ciego de Ávila y Santiago de Cuba representando 15.6% de todas las muertes por cáncer. En el año 2006, el cáncer de mama

constituyó la segunda causa de mortalidad en el sexo femenino en Cuba, registrándose un número de 1 213 fallecidas, con mayor frecuencia entre los 60 y 79 años donde se registraron un total de 532 fallecimientos; las provincias con mayor número de fallecimientos fueron Ciudad de La Habana, La Habana, Sancti Spíritus, Camagüey y las provincias orientales. Esta cifra aumentó a 1 328 fallecidas en el año 2007, siendo igualmente el grupo de 60 a 79 años el que registró mayor número de defunciones con un total de 576.

(12)

En la provincia Ciego de Ávila según los datos del Departamento Provincial de Estadística y Registros Médicos, la incidencia del cáncer de mama en el año 2012 fue de 66 casos. De ellos, 31 fueron del municipio Ciego de Ávila y de estos 7 pertenecían al Policlínico “Belkis Sotomayor”. En el año 2013 se diagnosticaron 89 pacientes. De ellas, 27 fueron del municipio Ciego de Ávila (3 del Policlínico “Belkis Sotomayor”). En el año 2014 se registraron 94 casos. De ellos, 42 fueron del municipio Ciego de Ávila (6 del Policlínico “Belkis Sotomayor”). En el año 2015 se reportaron 95 casos en la provincia, perteneciendo 34 al municipio Ciego de Ávila (6 del Policlínico “Belkis Sotomayor”). En el año 2016 se diagnosticaron 83 nuevos casos, 29 del municipio Ciego de Ávila y 4 pertenecientes al Policlínico “Belkis Sotomayor”.

(13)

Por todo lo antes descrito se plantea la siguiente **pregunta de investigación**:
¿Cómo elevar los conocimientos en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama pertenecientes al Policlínico Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre cáncer de mama en mujeres del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de mama.
3. Diseñar y aplicar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de mama.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos sobre el cáncer de mama en la muestra investigada después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

En Cuba existe un Programa Nacional de Control de Cáncer que conjuga los 3 métodos diagnósticos utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía. Hasta la fecha, en la Atención Primaria de Salud, el diagnóstico precoz es la principal arma contra esta enfermedad mortal y en este sentido, desempeñan un papel importante el conocimiento de los factores de riesgo, la realización del autoexamen y el examen clínico de las mamas. ⁽¹³⁾

El cáncer de mama representa la tercera parte de los tumores que en ella

aparecen y se origina por células que se vuelven anormales con un crecimiento y reproducción indiscriminados, lo cual genera una superpoblación de células que invaden los tejidos. Esta afección se ha convertido en un problema sociosanitario de importancia a escala mundial, puesto que es la neoplasia maligna más frecuente del sexo femenino y aparece en el tercer lugar de las causas de muerte por cáncer de forma global, solo superada por el cáncer de pulmón y el de colon; además, entre las féminas, constituye la causa más frecuente de fallecimientos. ⁽⁶⁾

Factores de riesgo

En cada área de salud se deben detectar los grupos de alto riesgo, pues el médico de familia es el primer eslabón por el que comienza a transitar la mujer desde que ella, o el equipo básico de salud, detectan algún síntoma o signo, además este equipo es responsable de dispensarizar la población y o identificar los factores de riesgos para esta enfermedad. ⁽¹⁴⁾

En un 5 – 10 % de los casos, la enfermedad tiene un carácter hereditario. Los estudios más recientes acerca de la patogénesis del cáncer señalan que éste se debe a un cambio en el material genético a nivel celular, lo que altera las características estables de la célula. Los genes de las células son los portadores de la información genética heredada de los padres. Se han encontrado varios genes defectuosos en pacientes cancerosos. Las familias de los pacientes con cáncer de mama, portadores de estos genes, corren mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Las mujeres con antecedentes patológicos de carcinoma *in situ* o invasivo, constituyen otro grupo de alto riesgo. En ellas, el riesgo de desarrollar cáncer en la mama contralateral, después de una mastectomía, es aproximadamente de un 0,5 a un 1 % por año. ⁽¹⁵⁾

La etiología del cáncer de mama no es conocida, numerosos estudios investigan los posibles factores que determinan su aparición y así cuantificar el riesgo de padecer la enfermedad, aunque este puede aparecer en aproximadamente 50 % de los casos sin factores de riesgo demostrables que lo expliquen. ⁽¹⁶⁾

Entre los factores de riesgo bien establecidos y no modificables se

encuentran los factores genéticos (antecedentes familiares directos), el sexo femenino, edades mayores de 40 años, antecedentes de hiperplasia atípica de la mama y factores hormonales (menarquia precoz, menopausia tardía, nulíparas), etc. ⁽¹⁶⁾

Se enuncian como factores de riesgo modificables que están relacionados con el ambiente y el estilo de vida: la obesidad especialmente en la posmenopausia, algunos factores dietéticos y el alcoholismo. ⁽¹⁶⁾

Entre otros factores de riesgo favorecedores de la aparición del cáncer mamario figuran: hábito de fumar, multiparidad, no ofrecimiento de la lactancia materna o lactar menos de 4 meses, terapia de reemplazo hormonal, uso frecuente de desodorantes antitranspirantes que contienen aluminio, entre otros. ⁽¹⁷⁾

Manifestaciones clínicas

La promoción de salud está dirigida a educar a la población en el autoexamen de mama mensual y promover la importancia del examen físico por un profesional capacitado y divulgar a través de los medios de difusión masiva los síntomas y signos más frecuentes de presentación de esta enfermedad.

Las mamografías son el mejor método para detectar el cáncer de mama en etapas tempranas, cuando es más fácil de tratar y antes de que sea lo suficientemente grande para que se sienta al palpar o haya causado síntomas. La mayoría de las mujeres entre los 50 y 74 años deben hacerse una mamografía, al menos cada dos años, o si tiene entre 40 y 49 años y tienen factores de riesgo adicionales. ^{18,19}

El autoexamen de mama no sustituye de ninguna manera a las mamografías de rutina ni otras pruebas de detección ya que éstas pueden detectar este tipo de neoplasias en etapas iniciales en las cuales aún no hay signos ni síntomas que lo evidencien. Lo importante ha de ser la creación del hábito desde edades tempranas, la sensibilización, el conocimiento sobre el propio cuerpo y la diferenciación sobre lo que es normal y lo que no ^(20,21).

Pese a que el síntoma más comúnmente conocido es el hallazgo de una masa o bulto en la zona del pecho o la axila, no es el único factor que nos puede indicar la existencia de este tumor.

Algunos de ellos son:

- ❖ La hinchazón de la mama entera o de una parte de ella pese a que no sea una masa localizada.
- ❖ Irregularidades en su forma o contorno.
- ❖ Disminución de movimiento de una de las mamas.
- ❖ Alteración en la piel de la mama: Irritación de la piel, pequeñas úlceras o formación de hoyuelos (comúnmente conocido como cáscara de una naranja por su gran similitud).
- ❖ Dolor en el seno o en el pezón.
- ❖ Cambios en los pezones como pueden ser la retracción de los mismos.
- ❖ Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la mama o el pezón.
- ❖ Secreción de líquido por el pezón que no sea leche materna ⁽²²⁻²⁴⁾.

Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

La Atención Primaria de Salud es el primer contacto, en la búsqueda de ayuda, de las pacientes afectadas de cáncer de mama, donde perennemente se lucha por alcanzar el diagnóstico precoz, pues el incremento de la esperanza de vida depende básicamente del diagnóstico temprano. ⁽²⁵⁾

Los profesionales de la salud tienen la tarea principal de contribuir a elevar la calidad de vida de la población cubana mediante acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades. Si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana, significa una curación en un alto porcentaje de los casos. ⁽²⁵⁾

La tendencia ascendente, tanto en la incidencia como en la morbilidad relacionada con el cáncer de mama, ha demostrado la necesidad de realizar acciones encaminadas a su prevención y a su detección precoz. Con el objetivo de disminuir estos indicadores negativos, se aprobó en Cuba desde 1987 el Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer, y durante 1989 se comenzó a aplicar en el país el Subprograma de Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de Mama, el cual conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: en primer lugar, el autoexamen de mamas, el cual

posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta la mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algún proceso patológico de la glándula mamaria; en segundo se encuentra el examen clínico anual de las mamas, que debe realizar el médico de familia a toda la población femenina mayor de 30 años y por último la mamografía, que incluye a las mujeres de 50 a 64 años. ⁽²⁶⁾

Es muy útil identificar dentro de la población femenina los factores de riesgo porque muchos de ellos son modificables, de ahí la importancia de realizar actividades encaminadas a promover cambios en los estilos de vida, como: realizar ejercicios físicos, mantener un peso ideal, evitar la obesidad, eliminar los hábitos tóxicos y mantener una dieta sana y rica en fibra vegetal. ⁽²⁷⁾

Los profesionales de la atención primaria de salud constituyen la primera línea de lucha contra el cáncer. Es decisiva para ganar esta batalla la educación sanitaria de las pacientes, pues sólo así se les proporciona la metodología necesaria para que puedan familiarizarse con el descubrimiento temprano de una lesión. También cobra importancia en este sentido el dominio, por parte del médico, los conocimientos que ha alcanzado la mujer cubana sobre el autoexamen y los tumores malignos de la mama, a fin de poder organizar programas efectivos de divulgación y así propagandizar aquellos aspectos desconocidos o que han sido menos difundidos entre la población femenina, para la aplicación consciente y sistemática del método de autoexploración. ⁽²⁸⁾

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta de este Programa, su aplicación y tareas no han sido totalmente eficaces, por lo que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúa siendo difícil de lograr y hoy se pone en tela de juicio el valor real de una medida

de atención temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica.

(29)

A la mujer le corresponde conocer sus factores de riesgos, para prevenir y tener percepción de sus consecuencias; esta labor preventiva, si se realiza con la participación consciente y activa de la paciente, se hace más objetiva. En ocasiones es necesario involucrar a la familia, pues esta tiene un papel muy importante, tanto en la promoción como en la prevención, pues es en el medio familiar donde se originan y desarrollan los estilos de vida que deben ser modificados. ⁽¹⁴⁾

Autoexamen de mama

Ciertamente, es necesario adiestrar al personal médico en la detección de signos y síntomas de la enfermedad; un aspecto muy importante es enseñar la correcta realización del autoexamen de mamas, pues un aprendizaje inadecuado deriva en una técnica deficiente que puede crear una falsa percepción de negatividad y disminuir la efectividad del método, causa por la que actualmente en algunos lugares del mundo se cuestiona su utilidad. ⁽²⁷⁾

El auto examen de mamas constituye el arma principal con que cuenta el sistema de atención primaria de salud en la ejecución de programas educativos relacionados con el diagnóstico precoz de enfermedades mamarias y debe realizarse de forma periódica. ⁽¹⁷⁾

El autoexamen de mamas es el más eficiente método de detección y está en nuestras propias manos, es sencillo, inocuo y sin costo alguno, incluido en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, y está asociado con el aumento de la supervivencia de las enfermas que lo han descubierto de esta forma. Los tumores encontrados por medio de esta técnica suelen ser de menor

tamaño, asociarse con un mejor pronóstico y ser más fácilmente tratables mediante cirugía conservadora. Cerca del 90% de los nódulos de mama son detectados por las propias mujeres o por sus cónyuges. ⁽²⁷⁾

Si las mujeres llegaran a adiestrarse en la autoexploración mamaria, sería posible un diagnóstico más temprano ;además, las familiariza con la estructura de las glándulas mamarias , percibiendo cualquier anomalía que requiera valoración y tratamiento por el médico ,por lo que es necesario que todas adquieran habilidad y destreza en la realización de este método .Es indudable que la práctica rutinaria del autoexamen ,que solo emplea unos minutos cada mes ,redundaría en beneficio personal y de la comunidad , al descubrir casos incipientes de cáncer mamario.⁽²⁷⁾

Se define la intervención educativa como:

“Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”. ⁽³⁰⁾

Objetivos de la intervención

La intervención psicoeducativa, es una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos. ⁽³⁰⁾

Contenido de la intervención

Viene condicionado por los objetivos, los que a su vez son dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se concienten de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas si no son conscientes de la inadecuación de las mismas. ⁽³¹⁾

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio. ⁽³⁰⁾

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma.

El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera. ⁽³⁰⁾

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los

factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social. ⁽³²⁾

Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

- Entre profesionales.

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social. ⁽³⁰⁾

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

- Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
- Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera). ⁽³⁰⁾

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario.

(30)

- **Carácter científico de la intervención**

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios.

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama en mujeres con riesgo de padecer dicha enfermedad pertenecientes al consultorio 10 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez, Ciego de Ávila.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño metodológico

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de mama en mujeres con riesgo de padecer esta enfermedad perteneciente al consultorio 10 del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarezde Ciego de Ávila, en el período comprendido entre enero a diciembre de 2018.

Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de 139 mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama perteneciente al consultorio 10 del Policlínico Belkis Sotomayor. La muestra quedó conformada por 30 mujeres, seleccionadas a partir de un listado único de todas las mujeres entre 30 y 60 años por Sistema Aleatorio Simple que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Mujeres que presenten algún impedimento mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.
2. Mujeres que tuvieron 3 ausencias durante el tiempo de la investigación.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicado antes y después; creado por la autora y aprobada por criterio de expertos del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez del municipio Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimiento relacionados con el cáncer de mama en la muestra de estudio; para dar salida a los objetivos específicos se aplicó la encuesta en un segundo momento, después de concluida la intervención.

La aplicación de la estrategia educativa, constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapa diagnóstica: los conocimientos sobre cáncer de mama fueron identificados utilizando un cuestionario, y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapa de intervención propiamente dicha: la muestra fue conformada por un grupo 30 mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas educativas y técnicas participativas con una duración de 50 minutos.

Etapa evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y se evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa. Se basa en el juicio con que culmina el análisis del logro de los objetivos. La evaluación del aprendizaje es una parte esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje que posibilita su propia dirección, así como el control y la valoración de los modos de actuación que el auditorio, en este caso las

mujeres, adquieren en el transcurso de la estrategia, al comprobar el grado con el que se alcanzan los objetivos propuestos.

Para la evaluación del nivel de conocimientos de manera general, se le otorgó al instrumento un valor de 30 puntos que se distribuyeron entre las seis preguntas. Se definieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluó esta variable. Por lo que se calificó de forma general en:

Satisfactorio: calificación entre 21 y 30 puntos

Insatisfactorio: calificación de menos de 30 puntos.

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- **Analítico-Sintético:** se analizaron, compararon y confrontaron las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existen factores que condicionan desconocimiento de algunos aspectos del cáncer de mama. En la síntesis se unificaron los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a las conclusiones.
- **Inductivo-Deductivo:** en función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular y de allí a lo específico en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, se modeló el programa de intervención educativa con acciones preventivas impartidas por el médico de asistencia, conducentes a atenuar o eliminar los factores de riesgo para prevenir el cáncer de mama y el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Se procesaron estadísticamente los datos buscando generalizar la información que describió cada uno de los encuestados.

Procesamiento

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y será resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística McNemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0-1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicará la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de las seis variables en estudio, en satisfactorio e insatisfactorio. Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p . En caso de que $p \leq 0.05$ entonces existe significación y rechazo la hipótesis H_0 .

Se rechaza H_0 , por lo que la intervención educativa es efectiva.

Aspectos éticos

Se pidió a todas las encuestadas seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, el sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Se investigaron las siguientes variables:

Variable independiente: intervención educativa.

Variable dependiente: nivel de conocimientos sobre cáncer de mama.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización	Indicador
-----------------	-------------	---------------------------	------------------

		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio 21-30% de respuestas correctas. Insatisfactorio menos del 21% de respuestas correctas.	Factores de riesgo de cáncer de mama.	Satisfactorio Insatisfactorio
Nivel de conocimiento sobre manifestaciones clínicas del cáncer de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio 21-30% de respuestas correctas. Insatisfactorio menos del 21% de respuestas correctas.	Manifestaciones clínicas del cáncer de mama.	Satisfactorio Insatisfactorio
Nivel de conocimiento sobre signos de alarma del cáncer de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio 21-30% de respuestas correctas. Insatisfactorio menos del 21% de respuestas correctas.	Signos de alarma del cáncer de mama.	Satisfactorio Insatisfactorio
Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio 21-30% de respuestas correctas. Insatisfactorio menos del 21% de respuestas correctas.	Prevención del cáncer de mama.	Satisfactorio Insatisfactorio

Nivel de conocimiento sobre la curación del cáncer de mama en relación con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio 21-30% de respuestas correctas. Insatisfactorio menos del 21% de respuestas correctas.	Ccuración del cáncer de mama en relación con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.	Satisfactorio Insatisfactorio
Nivel de conocimiento sobre el auto examen de mamas como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio 21-30% de respuestas correctas. Insatisfactorio menos del 21% de respuestas correctas.	Autoexamen de mamas como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama.	Satisfactorio Insatisfactorio

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Título: Programa instructivo en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama pertenecientes al Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez. 2018

Tabla 1. Mujeres según edad. Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez. Ciego de Ávila. Enero a diciembre de 2018

Edad (años)	N	%
30 a 39	8	26.7
40 a 49	13	43.3
50 a 59	9	30
Total	30	100.0

Fuente: cuestionario.

Al analizar la distribución por edad de las pacientes que conformaron nuestra muestra de estudio se pudo apreciar que el mayor número de ellas correspondió al de 40 - 49 años, 13 (43.3 %), edades estas con mayor incidencia de cáncer de mama, seguido del grupo de 50 a 59 años (30%) y 30 a 39 años (26,7%).

En un estudio realizado por Menéndez Guerrero en un Policlínico de Minas Camagüey 68 (57,14 %) de las pacientes se encontraban en el grupo de edad entre 40 y 49 años, coincidiendo con nuestro estudio. ⁽³³⁾

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama.

Nivel de conocimiento	factores de riesgo del cáncer de mama			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	21	70,0	23	76,7
Insatisfactorio	9	30,0	7	23,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cuestionario.

Prueba de McNemar $p = 0,774$

La distribución según el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de cáncer de mama antes y después de la aplicación del programa aparece en la

tabla 2: antes de la aplicación predominaron las mujeres con conocimientos satisfactorios 21 (70%) y después de aplicado los conocimientos suficientes aumentaron a un 76.7%. No existieron diferencias altamente significativas de proporciones en el comportamiento de esta variable antes y después de aplicado el programa, predominaron las mujeres con conocimientos satisfactorios sobre los factores de riesgo del cáncer de mama. El análisis realizado con la prueba de McNemar, indicó que la modificación porcentual observada, no resultó significativa en la evaluación final del estudio.

En el estudio “Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud de Santa Clara” realizado por Rodríguez Flores y colaboradores ⁽³⁴⁾ existieron diferencias altamente significativas de proporciones en el comportamiento de esta variable antes y después de aplicado el programa, predominaron las mujeres con conocimientos suficientes sobre los factores de riesgo del cáncer de mama (prueba de McNemar $p=0.000$).

Por otra parte, la Dra. Virella Trujillo ⁽³⁵⁾ al inicio de su investigación demostró que el conocimiento de las mujeres encuestadas sobre los factores de riesgo del cáncer de mama fue muy pobre, entre los factores de riesgos se encontraron los malos hábitos dietéticos en el 31.67%, los factores hormonales en el 21.66% y menos de un 15% consideraron a los antecedentes familiares y personales de cáncer, así como factores ambientales. Luego de aplicada la estrategia educativa se observó modificación en el conocimiento positivamente en más de un 90% en todas las variables estudiadas

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre manifestaciones clínicas del cáncer de mama.

Nivel de conocimiento	manifestaciones clínicas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	13	43,3	21	70,0
Insatisfactorio	17	56,7	9	30,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,008$

Fuente: Cuestionario.

En la tabla se observa que previo a la aplicación del programa educativo existía solo 17 pacientes que no tenían suficientes conocimientos al respecto (56.7 %), cifra que se redujo después de la intervención a 9 (30%), que mantuvieron conocimientos inadecuados.

La prueba de McNemar presentó un valor de la p calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

Nuestros resultados coincidieron con los de Virella Trujillo ⁽³⁵⁾ en su Estudio de terminación de la especialidad que alcanzó resultados significativos respecto al conocimiento de las manifestaciones clínicas del cáncer de mama con una confiabilidad del 95%. También fueron similares a lo encontrado por Pérez Hechavarría⁽⁷⁾, que concluyó que apenas 4 mujeres (4,6 %) poseían conocimientos sobre las manifestaciones clínicas del cáncer de mama; pero después de recibir las orientaciones precisas 90 (95,0 %) comprendieron lo relacionado con el tema, lo cual resultó significativo.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre signos de alarma del cáncer de mama.

Nivel de conocimiento	signos de alarma			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	15	50,0	21	70,0
Insatisfactorio	15	50,0	9	30,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,021$

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 4 se muestra que el 50% de las participantes mostraron conocimientos satisfactorios e insatisfactorios sobre el tema, y luego de la misma se obtuvieron resultados positivos, al disminuir la cifra a 9 pacientes con conocimientos inadecuados, para un 30% del total de participantes, lo cual demostró la efectividad de la intervención educativa, con resultados significativos ($p < 0.021$).

Resultados similares obtuvieron Rodríguez González⁽¹⁵⁾ y Pardo Montañez⁽³⁶⁾ en sus estudios de intervención educativa acerca del cáncer de mama, demostrándose en ambos estudios que el 90% y 70% respectivamente modificaron los conocimientos inadecuados.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de mama.

Nivel de conocimiento	prevención del cáncer de mama			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	25	83,3	29	96,7
Insatisfactorio	5	16,7	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,219$

Fuente: Cuestionario.

Resulta necesario el conocimiento sobre la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de mama, pues cuando la neoplasia se detecta en etapas tempranas existe menos posibilidad de metástasis y mayor supervivencia; además, si se logra diagnosticar tempranamente, hay mayores posibilidades de curación. Cuando se detecta en los estadios tempranos, generalmente el 80% de las mujeres con cáncer de mama están en buen estado de salud 20 años después de haber comenzado la enfermedad.⁽⁶⁾

En la tabla 5 se puede observar que antes de la intervención existían 5 pacientes con conocimientos insatisfactorios, lo que representó el 16.7% de la muestra; esto se modificó de forma positiva al disminuir la cifra hasta solo 1 mujer con insuficiente conocimiento (3.3%).

A pesar de encontrar en este caso, una modificación, más importante desde el punto de vista porcentual que en las interrogantes expuestas con anterioridad, la modificación lograda, si bien fue positiva, continua sin ser significativa, aunque el porcentaje inicial de dominio del tema pudiera estar incidiendo en esto.

Estos resultados fueron comparados con los del Dr. Fernández Pérez donde se exponen cifras similares a las halladas en el presente estudio, 27 de las pacientes mostraron conocimientos inadecuados, lo que representó el 90% de la

muestra, esto se modificó de forma positiva al disminuir la cifra hasta solo 3 mujeres con insuficiente conocimiento. ⁽³⁷⁾

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre la curación del cáncer de mama en relación con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Nivel de conocimiento	curación del cáncer de mama en relación con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	12	40,0	20	66,7
Insatisfactorio	18	60,0	10	33,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,008$

Fuente: Cuestionario.

Respecto a los conocimientos sobre prevención, curación y diagnóstico de esta enfermedad (tabla 6), antes de la intervención 18 pacientes desconocían al respecto, lo que representó 60.0 %. Esto fue modificado de forma positiva, al disminuir la cifra hasta 10 mujeres con insuficiente conocimiento, para 33.3 %. Dichos resultados fueron muy similares a los encontrados por Rodríguez Flores en su estudio demostrando que antes del programa educativo predominaron las mujeres con conocimientos insuficientes 16 (80%) y después del programa la mayoría 17 (85%) expresó conocimientos suficientes. con un nivel de confianza de 95 % ($p < 0,05$). ⁽³⁴⁾

Rodríguez González ⁽¹⁵⁾, en su intervención para la prevención y control del cáncer de mama, encontró también resultados similares a los nuestros, con un coeficiente de variación de 91%. Teniendo resultados fueron significativos con una $p < 0,05$.

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas como método de diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Nivel de conocimiento	Autoexamen de mama			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	10	33,3	20	66,7
Insatisfactorio	20	66,7	10	33,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,013$

Fuente: Cuestionario.

Previo a la intervención existían 20 pacientes con conocimientos insatisfactorios acerca del autoexamen de mama, para un 66.7%, luego de la misma, esta cifra descendió considerablemente hasta alcanzar un 33.3%. Estos resultados coinciden con Rodríguez Flores y colaboradores donde el nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama antes y después de la aplicación del programa mostró un predominio, antes de aquellas mujeres con conocimientos insuficientes -13 (65%)- y, después, la totalidad -20 (100%)- poseían conocimientos suficientes, (prueba de McNemar $p=0.000$)⁽³⁴⁾. Sin embargo, en una investigación relacionada con el auto examen de mamas realizadas por Cuenca Rodríguez ⁽¹⁷⁾ en consultorios urbanos, donde se encuestaron a 1141 mujeres, se encontró que 607 de ellas desconocían el método de autoexploración.

Tabla 8. Evaluación del conocimiento sobre el cáncer de mama, antes y después de la intervención educativa

Nivel de conocimiento	Conocimiento general			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	10	33,3	20	66,7
Insatisfactorio	20	66,7	10	33,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,013$

Fuente: Cuestionario.

La tabla 8 muestra la distribución de participantes según la percepción general sobre los riesgos que implica el cáncer de mama, evaluada antes y después de la intervención.

Llama la atención que solo el 33,3% en la encuesta inicial, indicaron las respuestas satisfactorias sobre el conocimiento general del cáncer de mama, mientras que el 66,7% de ellas mostraron un nivel inadecuado de conocimiento.

Estos porcentajes se invirtieron al terminar la investigación con un 66,7% respondiendo de forma satisfactoria las preguntas de referencia y el 33,3% que aún no fueron capaces de indicar conocimiento de forma general sobre cáncer de mama y sus riesgos.

La modificación de conocimiento observada en los cambios de porcentajes, se vio avalada con la prueba empleada demostrando un nivel de conocimiento significativamente mayor en la encuesta final con relación al diagnóstico inicial.

En la investigación se valora el nivel de conocimiento que poseían las mujeres sobre cáncer de mama y la efectividad de la implementación de un programa de intervención educativa para elevar este concepto, lo que demuestra que la labor educativa es sumamente importante para transmitir conocimiento.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, relacionado con el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama coincide con estudios similares donde después de la intervención las mujeres elevaron sus conocimientos sobre el tema. ⁽³⁵⁾

CONCLUSIONES

Luego de aplicado el programa instructivo se encontró un alto nivel inicial de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y prevención del mismo, aspectos en los que no se logró una modificación significativa en la encuesta final. Si se alcanzó una modificación positiva del nivel de conocimiento final, sobre manifestaciones clínicas, signos de alarma del cáncer de mama, curación de dicha enfermedad en relación con el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, así como el conocimiento del auto examen de mamas como método de diagnóstico precoz de esta enfermedad y el nivel de conocimiento general de las participantes.

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Montiel Castillo VE, Guerra Morales VM. Particularidades de la ansiedad ante situaciones cotidianas en sobrevivientes de cáncer de mama. *Med Gen Int.* 2016[citado 12 Jul 2017];35(2):202-14. http://scholar.google.com/cu/scholar_url
2. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Rev Cub Med Gen Int.* 2009 [citado 23 enero 2018]: 25(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi20309.pdf>
3. Real Arribas FX, López Otín C. Genes, herencia y cáncer. Farreras Rozman. *Medicina Interna*, Capítulo 150, 1191-1202. Citado el 15/5/2017. <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3>.
4. Brito Sosa G, Pérez Braojos IM. Cirugía conservadora en el cáncer de mama. *Rev Cub de Cirugía.* 2014 [citado 18 Oct 2017];53(2):201-12. <http://scholar.google.com/cu/scholar>
5. Álvarez CA, Castro CE, Rodríguez LN, Donaire KD. Conocimiento de las estudiantes de UNITEC sobre el cáncer de mama y su detección temprana usando la autoevaluación. *INNOVARE.* 2017 [citado 23 enero 2018]:6(1) <https://lamjol.info/index.php/INNOVARE/article/view/4949/4641>
6. Ricardo Ramírez JM, Rodríguez Rodríguez RD. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. *MEDISAN.* 2012 [citado 23 enero 2018]:16(7) <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n7/san02712.pdf>
7. Pérez Hechavarría G, Álvarez Cortés JT, Selva Capdesuñer A, Guilarte Selva OT, Pérez Hechavarría AR. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. *MEDISAN* 2011 [citado 23 enero 2018]:15(6) <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n6/san05611.pdf>
8. González Robledo MC, LM Nigenda G. Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. *Rev Panam Sal Pub.* 2013 [citado 23 enero 2018]:33(3) <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a04v33n3.pdf>
9. Pesci Feltri A, López T M, García F I, Guida V, Fernandes A, Blanch R.

Factores de riesgo y protectores asociados al cáncer de mama. Rev Venez Oncol. 2017 [citado 25 julio 2018]: 29(2). [aprox. 2 pantallas]. [http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/05.lopezm\(102-111\).pdf](http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/05.lopezm(102-111).pdf)

10. Amse NR, Nieto AB. Índice de estilos de vida y riesgo de presentar cáncer de mama en mujeres de Córdoba, Argentina 2008-2016. Trabajo de titulación (Licenciatura en Nutrición). Córdoba, Argentina. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de nutrición. 2017.

11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana (Cuba); 2016 [citado 18 de octubre de 2018] <http://www.google.com.cu->

12. Quesada González Y. Enfoque de riesgo del cáncer de mama. Hospital "Antonio Luaces Iraola". Enero-marzo 2011. Tesis (Especialista de Primer grado de higiene y epidemiología). Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. 2012

13. Departamento Provincial de Estadística y Registros Médicos de Ciego de Ávila. Informe del programa nacional de control del cáncer en Cuba. 2016.

14. Álvarez Sintés R. Familia en el proceso salud-enfermedad. En: Medicina General Integral. Vol. II. 3.a ed. La Habana: ECIMED; 2014. p. 613-20.

15. Rodríguez González J, Rodríguez González A, Triana Torres A, Mendoza Taño R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. Rev Habanera de Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 [citado 2015 mayo 14];11(5): [aprox 2p.] <http://scielo.sld.cu/scielo>

16. Oliva Anaya CA, Cantero Ronquillo HA, García Sierra JC. Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. Rev Cub Cir. 2015 [citado 23 enero 2018]: 54(3) <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v54n3/cir10315.pdf>

17. Cuenca Rodríguez C, Despaigne Biset AE, Beltrán Mayeta Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". MEDISAN. 2013 [citado 23 enero 2018]: 17(9) <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n9/san05179.pdf>

18. Jardines L, Goyal S, Fisher P, Weitzel J, Royce M, Goldfarb SB. Breast Cancer Overview: Risk Factors, Screening, Genetic Testing, and Prevention [internet]. USA: CancerNetwork; 2015 Jun. 1 [citado 24 mar. 2016]. <http://www.cancernetwork.com/cancer-management/breast-cancer-overview-risk-factors-screening-genetic-testing-and-prevention>
19. Peñate Tamayo FD, de la Torre Santos AV. El autoexamen y la detección precoz del cáncer de mama. . *Medicent Electrón.* [revista Internet]. 2018 ene [citado 2019 Mayo 14] ; 22(1). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>
20. Campero L, Atienzo, E E, Marín E, Vara-Salazar E, Pelcastre-Villafuerte B, González G. Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. *Salud Pública de México* [Internet] 2014, 56 (Septiembre-Octubre): [Fecha de consulta: 2 de mayo de 2018] <https://www.scielosp.org/scielo.php?>
21. Breast cancer organization [Internet]. Los cinco pasos de la autoexploración demamas. EEUU. [Actualizado 2016 octubre 19; Citado 2018 mayo 2]. Disponible en:http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion/pasos_aem
22. American cancer society [Internet]. Signos y síntomas del cáncer de seno. 2017 Julio[Actualizado 2017 Septiembre 22; Citado 2018 Mayo 2]. Disponible en:<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/signos-y-sintomas-delcancer-de-seno.html>
23. Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 2016: 19 (1): 5-14 [Citado 2018 abril 24] <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf>
24. American Cancer Society. Acerca del cáncer de seno [internet]. USA: American Cancer Society; 2017 [citado 20 ago. 2017]. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-estadisticas-clave>
25. Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez C.

Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más.
Rev Cubana de Med Gen Int. 2015 [citado 18 Oct 2016];32(1):134-42.
<http://scholar.google.com/cu/scholar>

26. Calzado Begué D, de la Torre Rosés MV, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. Revista Información Científica. [Revista en Internet]. 2014 [citado 2016 marzo 22]; 83(1):[aprox 9p.] <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article>

27. Carmona Pentón R, Licea Morales Y, Martín Alonso IE. El autoexamen y la detección precoz del cáncer de mama. Medic Elect. Santa Clara [Internet]. oct-dic 2018 [citado 23 En 2019]; 22(4). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>

28. Torres-Aja L. Superación profesional: una alternativa para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Medisur [revista en Internet]. 2012 [citado 2016 Mar 22]; 10(2) <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1980>

29. Martínez Camilo RV. Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. Hospital ginecoobstétrico de Guanabacoa, Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006;32(3).

30. Torres-Ajá L, Iglesias-León M, Zerquera-Álvarez C. Necesidades de aprendizaje del especialista en Medicina General Integral para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 2015 May 8]; 9(3):[aprox. 4 p.]. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view>

31. Hawes S, Sow P, Kiviat N. Is there a role for abstinence only programmes for HIV prevention in high income countries? BMJ. 2015;335(7613):217-8.

32. Ruiz Espinosa Y. Intervención educativa sobre Infección cervicovaginal en gestantes pertenecientes al área de salud Rolando Monterrey municipio Moa, Holguín [tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila; 2018

33. Menéndez Guerrero GE, Hidalgo Rodríguez Y, Frómeta Martínez AM. Acciones instructivas en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa". Minas, Camagüey, Cuba. [Internet] 2014 [citado 23 En 2018]. <http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37>
34. Rodríguez Flores O, Pérez Guerra LE, Mesa Coello L, Santos Martínez R, Fanjul Losada N, Leyva Méndez M. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. Policlínico "Marta Abreu de Estévez", Santa Clara, Villa Clara [Internet] 2013 [Citado 23 En 2018]. <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/7/7>
35. Virella Trujillo ME, Salazar Matos Y, Chávez Roque M, Viñas Sifontes N, Peña Fuente N. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. Camaguey [Internet]. Feb 2013 [citado 23 En 2018]. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
36. Pardo Montañez S, Ramírez Alemán I, Selva Capdesuñer A, Cuza Palácios M. Modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 2015 Mayo 14]; 15(1): 92-98. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>
37. Pérez Fernández A. Actividades educativas sobre cáncer de mama en un área de salud. [tesis]. Santiago de Cuba. Policlínico Ramón López Peña; 2014

ANEXOS

Anexo I. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ hago constar que se me ha invitado a participar en una investigación sobre cáncer de mama y he sido informado del objetivo que se persigue con la misma, por lo que acepto participar, para lo que firmo el presente documento como constancia de mi aceptación.

Firma del interno

Firma del investigador

Fecha

ANEXO2. Cuestionario de conocimientos

El objetivo de esta investigación es identificar los conocimientos que usted posee sobre algún aspecto relacionado con el cáncer de mama y de ser posible, ayudar a que aumente sus conocimientos sobre el tema. La información será utilizada solamente con fines científicos, será anónima y tratada con estricta confidencialidad. Lea detenidamente.

1. A continuación, se relaciona algunos aspectos que pueden o no constituir factores de riesgos de cáncer de mama, marque con una X los que considere correctos.

A__ Menarquía (primera menstruación) en edades temprana.

B__ Menopausia tardía.

C__ Desnutrición.

D__ Antecedentes familiares de cáncer de mama.

E__ Haber tenido muchos partos.

F__ Edad entre 20 y 30 Años.

G__ No lactancia Materna.

H__ Uso de anticonceptivos orales.

I__ Edad mayor de 40 años.

J__ Sexo femenino.

K__ Prueba citológica Positiva.

L__ Hábitos tóxicos (cigarro, Alcohol, Dieta).

M__ Displasia de mamas.

2. Marque con una X las respuestas que considere que sean manifestaciones clínicas que pueden hacer sospechar un cáncer de mamas.

A__ Dolor en ambas mamas antes de la menstruación.

B__ Nódulo doloroso en la mama.

C__ Enrojecimiento o arrugamiento de la piel de la mama.

D__ Aumento de volumen de ambas mamas durante el embarazo.

E__ Tumor duro, poco movable, de superficie irregular.

3. Existen señales que se consideran de (alarma) con relación al cáncer de mama, seleccione la que usted considere:

- A__ Sangramiento fuera de la menstruación.
B__ Abultamientos o bolitas fuera de la menstruación.
C__ Piel de la mama áspera o enrojecida o formación de hoyuelos en la mama.
D__ Secreción oscura o sanguinolenta del pezón.
E__ Dolor de la mama relacionado con un trauma o golpe.

4. Relacionado con la prevención del cáncer de mama responda:

a. ¿Considera prevenible y curable el cáncer de mama?

Si__ No__

b. ¿Cree usted que actuando sobre los factores de riesgo se previene el cáncer de mama?

Si__ No__

c. ¿Cree usted que la lactancia materna favorece la prevención de la enfermedad?

Sí__ No__

d. ¿Considera usted que existe relación entre el diagnóstico precoz y la curación del cáncer de mama?

Sí__ No__

e. ¿Si aparece en unos de sus senos un nódulo pequeño debe esperar a que crezca para ir al médico?

Sí__ No__

5. Marca con una X los métodos que considere que ayuden al diagnóstico precoz del cáncer de mama:

- A__ Ultrasonido de mama.
B__ Examen clínico anual por el médico de familia.
C__ Prueba citológica.
D__ Auto examen de mama.
E__ Mamografía.

6. En relación con el autoexamen de mamas (AEM), responda:

A. ¿Con que frecuencia debe realizarse el AEM?

- a__ Diario
 - b__ Semanal
 - c__ Mensual
 - d__ Anual
 - e__ Antes de cualquier alteración.
- B. Cuál es el momento del ciclo menstrual en que debe realizarse el AEM:
- a__ Antes de la menstruación.
 - b__ Después de la menstruación.
 - c__ En cualquier momento
 - d__ Durante la menstruación.
 - e__ No sabe.
- C. ¿Cuál considera usted que sea la forma correcta de realizar el AEM?
- a. __ Mediante observación de la mama solamente.
 - b. __ Palpando solo la zona dolorosa.
 - c. __ Vigilando solamente el cambio en el pezón.
 - d. __ Mediante observación y palpación de toda la mama y región axilar.
 - e. __ Solo palpando toda la mama, sin necesidad de observar.

Sistema de evaluación

Pregunta 1: Factores de riesgo sobre el cáncer de mama.

Se evaluará el conocimiento sobre los factores de riesgo para el cáncer de mama, si los conocen y cuáles son.

Debe marcar con una X las respuestas que considere correctas, según corresponda de la manera siguiente:

Satisfactorio: marcar los incisos a,b,d,g,h,i,j,l,m.

Insatisfactorio: marcar alguno de los incisos c, e, f, k.

Pregunta numero 2: Manifestaciones clínica del cáncer de mama.

El objetivo es evaluar si las participantes conocen las manifestaciones clínicas del cáncer de mama.

Satisfactorio: Contestar incisos: c, d

Insatisfactorio: Contestar alguno de los incisos: a, b, e

Pregunte 3: Señales de alarma del cáncer de mama.

Tiene como objetivo evaluar el conocimiento sobre las señales de alarma del cáncer de mama.

Satisfactorio: Contestar incisos: b,c,d

Insatisfactorio: Contestar incisos: a,e

Pregunta 4: Relación entre prevención, diagnóstico precoz y curación del cáncer de mama.

El objetivo es evaluar conocimientos sobre la prevención, diagnóstico precoz y curación del cáncer de mama.

Satisfactorio: correcta es positiva para los cuatros primeros Ítem

Pregunta 5: Diagnóstico precoz del cáncer de mama

Su objetivo es evaluar los conocimientos relacionados con el Diagnóstico precoz del cáncer de mama

Satisfactorio: Contestar incisos: a, d

Insatisfactorio: Contestar incisos: b, c, e

Pregunta 6: Autoexamen de mama.

Su objetivo es evaluar los conocimientos relacionados con el autoexamen de mamas.

Item A

Satisfactorio:si marca el inciso c

Insatisfactorio:marcar alguno de los incisos restantes

Item B

Satisfactorio: si marca el inciso a

Insatisfactorio: marcar alguno de los incisos restantes

Item C

Satisfactorio: si marca el inciso d

Insatisfactorio: marcar alguno de los incisos restantes

Calificación final

Satisfactorio: calificación entre 21 y 30 puntos

Insatisfactorio: calificación de menos de 21 puntos.

Anexo 3

Programa de intervención educativa

El programa de intervención educativa consta de 6 actividades que serán realizadas una vez por semana. Impartidas por la autora del trabajo, acompañada en algunas sesiones por la doctora y enfermera del consultorio 10, del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez.

Primer encuentro:

Título: Inicio de la intervención. Factores de riesgo del cáncer de mama.

Objetivos:

1. Realizar presentación del grupo mediante técnica participativa.
2. Realizar una breve introducción del curso y los objetivos que este persigue. 3. Explicar de manera breve aspectos relacionados con la anatomía de las mamas.
4. Explicar los cambios fisiológicos y patológicos de las mamas en las diferentes edades.
5. Hacer mención de los factores de riesgo modificables y no modificables relacionados con esta enfermedad.
6. Valorar el papel individual y familiar en la prevención del cáncer de mama.
7. Reflexionar en la necesidad de lograr un accionar preventivo entorno a esta temática para evitar las complicaciones biológicas, psicológicas y sociales que pueda ocasionar esta enfermedad.
8. Explicar brevemente aspectos esenciales relacionados con el cáncer de mama, para ello se deben abordar el concepto de la misma, la clasificación, y el modo de diagnosticar la enfermedad.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Hojas blancas.

2-Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la intervención).

Tipo de actividad

-Técnicas participativas.

-Conferencia Debate.

Introducción: Durante este primer encuentro se procederá a la presentación de cada una de las participantes de acuerdo a su nombre y edad, momento en el cual cada una contará el motivo por el cual quisieran participar en las actividades.

Desarrollo: una vez concluido el primer momento se procederá a informar el horario, fechas y lugares previsto, se hablará acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población. Se dará a conocer todo lo referido al proyecto y se les informará que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en su transcurso abandonarlo están en absoluto derecho. En un último momento se entregará a cada una de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada una de ellas.

Se procederá luego a dar una conferencia debate sobre los objetivos de la sesión.

Segundo encuentro:

Título: Manifestaciones clínicas y signos de alarma del cáncer de mama

Objetivos:

1. Debatir sobre los síntomas y signos del cáncer de mama:
2. Reflexionar en la necesidad de lograr conductas responsables, en cuanto acudir al médico frente a cualquier síntoma o signo sugerente de cáncer de mama.
3. Explicar brevemente que significa signos de alarma con términos no médicos para mejor comprensión de las participantes.
4. Debatir sobre cuáles son estos signos y la importancia que tiene su detección precoz.
5. Mostrar cómo identificar cada uno de estos signos

Duración: 50 minutos.

Tipo de actividad:

- Conferencia
- Lluvia de ideas
- Técnica participativa.

Recursos:

- 1- Hojas blancas.
- 2- Computadora.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se comenzará explicando a los participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma, cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos síntomas o signos de una enfermedad, luego se procederá a explicar por parte del médico como se manifiesta el cáncer de mama. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa con las diferentes formas de presentación de los signos de alarma del cáncer de mama. Luego impartiremos una conferencia con ilustraciones sobre signos de alarma.

Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

Se abordará el tema mediante una pregunta hecha al grupo: ¿Sabe usted cómo se podría manifestar el cáncer de mama en la mujer?

Tercer encuentro

Título: Prevención del cáncer de mama.

Objetivo:

1. Explicar en términos no médicos el significado de prevención y su importancia para la familia y la comunidad
2. Hacer mención del papel del médico y enfermera de la familia en esta actividad.

4. Reflexionar en la necesidad de lograr un accionar preventivo entorno a esta temática para evitar las complicaciones biológicas, psicológicas y sociales que pueda ocasionar esta enfermedad.

Tipo de actividad:

- Conferencia- debate.

-Técnicas participativas.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Hojas blancas.

2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica participativa: “La sorpresa”.

Introducción: Se comenzará realizando un recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: “la sorpresa” que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizará con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratarán sobre temas de los objetivos del encuentro.

Cuarto encuentro:

Título: Orientar sobre diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Objetivos:

1. Explicar brevemente que significa diagnosticar precozmente una enfermedad con términos no médicos para mejor comprensión de las participantes.
2. Enunciar alguna de las acciones relacionadas con la prevención del cáncer de mama.

4. Valorar como se involucra la familia en esta actividad.

Tipo de actividad:

- Conferencia.
- Lluvia de ideas
- Debate

Duración: 50 minutos.

Recursos:

- 1- Hojas blancas.
- 2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).
- 3- Computadora.

Técnica participativa: “¿Qué crees de la vida?”

Introducción: Comenzaremos la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo: Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista y porque es importante vivir. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa con las diferentes formas de presentación de los signos de alarma del cáncer de mama. Luego se impartirá una conferencia con ilustraciones.

Quinto encuentro:

Título: Autoexamen de mama.

Objetivos:

1. Debatir sobre la importancia del autoexamen de mama:
2. Reflexionar en la necesidad de lograr conductas responsables, en cuanto a realizarse este examen en el momento adecuado.

3. Debatir sobre la técnica del autoexamen de mama
4. Identificar la importancia del autoexamen de mama en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer de mama.

Duración: 50 minutos.

Tipo de actividad:

- Conferencia
- Lluvia de ideas
- Técnica participativa.

Recursos:

- 1- Hojas blancas.
- 2- Computadora.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzará explicando a los participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos autoexamen de mama, luego se procederá a explicar por parte del médico la forma adecuada de realizar el mismo a través de ilustraciones.

Al finalizar concluiremos con una pregunta.

Se abordará el tema mediante una pregunta hecha al grupo: ¿Sabe usted la importancia del autoexamen de mama en la mujer?

Sexto encuentro:

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo:

1. Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.
2. Evaluación del conocimiento adquirido por las mujeres durante la estrategia, así como la satisfacción de las mismas.

Duración: 50 minutos.

Recursos:

1- Hojas blancas.

2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica Participativa:

- Mesa redonda.

- Despedida.

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma consistirá en que los participantes expresarán como se han sentido durante todas las sesiones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido sus experiencias y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la actividad se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Al finalizar se volverá a aplicar la encuesta inicial para evaluación del conocimiento.