

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
POLICLINICO DOCENTE "JUAN OLIMPIO VALCARSEL"
VENEZUELA

Título: Intervención educativa sobre en mujeres con factores de riesgos de cáncer de mama.

Autora: Dra. Yanet Rodríguez Sánchez

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2017

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
POLICLINICO DOCENTE “JUAN OLIMPIO VALCARSEL”
VENEZUELA

Título: Intervención educativa sobre en mujeres con factores de riesgos de cáncer de mama.

Autora: Dra. Yanet Rodríguez Sánchez.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Yanay García Esteves

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2017

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después para evaluar la efectividad de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el cáncer mama, con 40 mujeres con factores de riesgo de cáncer mamario, pertenecientes al Consultorio No. 3 de Batey Viejo Sanguily Venezuela, Ciego de Ávila desde marzo de 2016 hasta enero 2017, con el objetivo de modificar los conocimientos sobre el cáncer de mama. El universo estuvo constituido por 40 mujeres, que cumplieron los criterios de inclusión Se aplicó una encuesta para identificar lo que conocían las participantes sobre el tema. La estrategia educativa se implementó en tres etapas, se impartieron seis temas, que respondieron a las necesidades de aprendizajes. La información fue procesada utilizando proporciones y porcentajes para resumir las variables cualitativas y para las variables cuantitativas el promedio. Se utilizó el programa estadístico SPSS 11.0 para Windows, auxiliados por el tabulador electrónico Microsoft Excel y para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el sistema EPIDAT.

Al inicio del estudio la mayoría de las participantes desconocían los factores de riesgo que incidían en la aparición del cáncer mamario, resultados que fueron modificados positivamente después de la intervención. En cuanto al autoexamen de mama, al inicio existió desconocimiento, posterior a la capacitación se logró adquirir conocimientos adecuados. Con la aplicación de la intervención educativa se logró modificar los conocimientos de forma positiva sobre el cáncer de mama de las participantes en el estudio.

Palabras clave: cáncer de mama, factores de riesgos.

ÍNDICE

Pág.	No
Resume	
Introducción.....	1
Objetivos	10
Marco teórico	11
Método.....	21
Análisis y discusión de los resultados	27
Conclusiones.....	33
Referencia Bibliográfica.....	36
Anexos	44

INTRODUCCIÓN

La lucha contra el cáncer ha devenido tarea de primer orden en los albores del tercer milenio, debido a las modificaciones determinadas por el desarrollo de la salud pública, en el cuadro de la distribución de enfermedades y en la composición etarea de la población.¹ Es considerada una enfermedad heterogénea con un espectro de proclividades que van desde la enfermedad que permanece localizada a lo largo de toda su evolución hasta la enfermedad diseminada en el momento del debut.² Este poderoso enemigo ha desafiado al mundo científico por miles de años, pero nunca las ciencias se hubieran acercado tanto a su conquista como en los últimos 50 años. Junto a los avances de las ciencias botánicas, en particular la genética, la inmunología y la biología molecular, ha existido una abundante producción en las órdenes epidemiológicas clínicas que han facilitado un mejor conocimiento de las enfermedades cancerosas y por ende un mejor abordaje preventivo y curativo.

El cáncer de mama se caracteriza por un crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Las variedades histológicas más frecuentes de cáncer de mama, son el carcinoma ductal que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.³

El carcinoma mamario ha permanecido durante años como la localización de cáncer de mayor mortalidad en el sexo femenino y el papel de una adecuada estrategia terapéutica, ha sido objeto de consensos para mejorar parámetros importantes como intervalo libre de enfermedad y supervivencia global.⁴ Del total de los carcinomas de mama, menos del 1% ocurren en varones.⁵

Esta enfermedad ha mostrado en el transcurso de los años, una tendencia ascendente en su morbi-mortalidad, fenómeno que se ha presentado en general tanto en países desarrollados como los de vía en desarrollo.⁶ Estos resultados demuestran la necesidad de realizar acciones encaminadas a su prevención, detección precoz y terapéuticas oportunas.

Los niveles más elevados de cáncer de mama se observan en Norteamérica y en los países del norte de Europa. Alrededor de 1 de cada 8 (12%) mujeres en los Estados Unidos padecerá cáncer de mama invasivo durante el transcurso de su vida. Para este año 2014, los cálculos de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para este cáncer, en los Estados Unidos, es que serán diagnosticados alrededor de 232 670 nuevos casos y que aproximadamente 40 000 morirán por esta enfermedad. En Francia el cáncer de mama afecta a 50 000 mujeres al año y es la causa de 11 000 defunciones. En España la incidencia es baja diagnosticándose unos 26 000 casos al año. La incidencia más baja se encuentra en los países del lejano oriente como China Japón y la India.⁷

La incidencia creciente por cáncer de mama se ha debido principalmente al uso generalizado de los

programas mamográficos de detección precoz, así como al envejecimiento de la población femenina.⁸

En nuestro país el carcinoma de mama aumento de 470 casos diagnosticados en 1970 a 3198 en el 2015 a 1434 defunciones en el año 2016 es el segundo en orden de frecuencia teniendo en cuenta la morbilidad y mortalidad en el sexo femenino en Cuba, según datos del Registro Nacional de Cáncer del 2016, con una tasa de incidencia de 37,2 por 100 000 mujeres, a la vez es el responsable de las 1434 defunciones del año mencionado, con una tasa estandarizada de 25,6.⁹

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, existe un programa de control del cáncer de mama que tiene como objetivo general reducir la mortalidad por esta patología, incrementando la supervivencia y preservando la calidad de vida de las pacientes, que consiste en la pesquisa activa en mujeres sanas permitiendo el diagnóstico en etapas más tempranas.¹⁰

En la provincia de Ciego de Ávila ocupa también el segundo lugar en cuanto a incidencias con un 63,4 como tasa estandarizada, con un promedio anual de 333 casos (año 2015), en el año 2016 la mortalidad fue de 121 casos, 120 del sexo femenino y un hombre para una tasa de 11,5 por 100 000 habitantes. Debido a esto existen las consultas municipales de patologías mamarias en cada área de salud, donde los casos diagnosticados como positivos, son enviados a nuestro centro a la consulta central de mastología donde un equipo multidisciplinario discute la conducta individualizada para cada paciente.

Nuestro municipio no está exento a esta realidad tiene un total de 203 pacientes con cáncer de diferentes patologías. De ellos, 60 padecen cáncer de mama, los cuales se encuentran en el rango de edad de entre 30 y 65 años, en la localidad estudiada la prevalencia es de 10 mujeres. Ante la frecuente aparición de nuevos casos de cáncer de mama, se impone la necesidad de implementar un programa de intervención comunitaria que tiene como objetivo general modificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que influyen en la incidencia y prevalencia del cáncer de mama; en la población del Consultorio #3 del poblado Manuel Sanguily correspondiente al área de Salud del municipio Venezuela.

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como la proporción de casos que logran sobrevivir en un tiempo preestablecido, es el indicador más importante de la eficacia de la lucha contra el cáncer. Este indicador refleja en qué medida los casos son diagnosticados en una fase potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos. La misma ha mejorado notablemente en los últimos 20 años (anualmente se incrementa la supervivencia por este tumor un 1,4%). Cada año disponemos de mayor información para diagnosticar precozmente y tratar el cáncer de mama.¹¹

Los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama incluyen la edad, los antecedentes personales de lesiones con atipias celulares, antecedente de irradiación en la región del tórax, patrón mamográfico nodular ocupando más del 75 % del volumen de la mama, menarquía precoz y menopausia tardía, nuliparidad y edad tardía al primer embarazo a término, antecedentes familiares de cáncer de mama, especialmente en parientes de primer grado. El cáncer de mama familiar se asocia en ocasiones

a otros casos de cánceres diversos en la familia, como carcinoma de endometrio, ovario y colon fundamentalmente. La obesidad es un factor de riesgo para el cáncer de mama postmenopáusico mientras que los cánceres pre menopáusicos se asocian al fenotipo leptosómico. Las mujeres de raza negra en los EE.UU. presentan un riesgo más elevado que la raza blanca para el cáncer de mama anterior a los 40 años.¹²

Existen además los llamados parámetros clínicos de la agregación familiar que incluyen entre otros a madre o hermana con cáncer de mama en edad inferior a los 40 años. La mutación de los genes BRCA1 y BRCA2 conlleva una posibilidad del 50-85 % de desarrollar la enfermedad en algún momento de la vida de la paciente, normalmente durante el período postmenopáusico, sin embargo, una abrumadora mayoría de cáncer de mama esporádico no están en relación con el BRCA1 o BRCA2, hay otros genes como el P53, que mutados confirma una predisposición a la enfermedad.¹³

Existe un porcentaje elevado de mujeres (70-80 %) que no presentan aparentemente factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama y sin embargo lo portan, estos son los llamados cáncer de mama esporádicos.¹⁴

Para detectar el cáncer de mama, se utilizan diferentes pruebas como la mamografía, ultrasonido mamario con transductores de alta resolución (ecografía), una prueba de receptores de estrógeno y progesterona o imágenes por resonancia magnética. El diagnóstico de cáncer de mama solo puede adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamaria. Es ideal hacer biopsias por punción o aspiración, con aguja fina, con pistola de corte, estos guiados por ultrasonido o resonancia o usar equipos de biopsia por corte y vacío, los cuales son capaces de retirar la lesión parcialmente o completamente, según el caso. Estos pueden ser guiados por estereotaxia (imagen mamográfica guiada por coordenadas) o por ultrasonido. Si no es posible, se pueden hacer biopsias incisionales (retirar parte de la masa) o excisionales (retirar toda la masa), esto puede alterar el estadio del tumor. Mediante ultrasonido, hay nuevas técnicas que pueden sugerir malignidad, como el doppler, el 3D multicortes o la elastografía, pero todas deben ser evaluadas y solo se tendrá un diagnóstico definitivo mediante Biopsia. Obviamente, por todos los métodos de imagen, se tienen caracterizaciones de lo que puede ser un cáncer o no, para lo cual, se usa el método BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) para decidir la conducta según esa clasificación.

A través del tiempo las diferentes armas terapéuticas empleadas en este tipo de cáncer han sufrido modificaciones, teniendo en cuenta el desarrollo científico-técnico y los conocimientos de la inmunohistoquímica.¹⁴

El beneficio del tratamiento del cáncer de mama ha sido bien establecido en las últimas décadas, logrando reducir el riesgo de recidiva y diseminación sistémica. Sin embargo, las opciones terapéuticas en este contexto se han incrementado con un mejor conocimiento de la historia natural del cáncer de mama y sus mecanismos moleculares involucrados, complicando así el árbol de decisión terapéutica.¹⁵

El tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinario pues son múltiples las opciones con las que contamos, históricamente la cirugía ha sido la principal arma dentro de la terapia locorregional, le sigue la radioterapia y como tratamiento sistémico fundamentalmente la quimioterapia, las hormonas, terapias dirigidas, con el uso de anticuerpos monoclonales, modificadores de la respuesta biológica, vacunas y por último el uso de medicina alternativa y complementaria.

En el transcurso de los años el cáncer de mama operable fue considerado como una enfermedad loco regional y toda estrategia terapéutica fue orientada hacia el control local, pensando que los ganglios linfáticos constituían una barrera defensiva frente al tumor y no una vía de metastatización, y descartando la vía hematógica como vía de diseminación tumoral.¹⁵

Este concepto del cáncer de mama como enfermedad local llevó a la práctica procedimientos quirúrgicos ampliamente mutilantes. Las terapias quirúrgicas locales más agresivas no mejoraban para nada la supervivencia, que venía condicionada esencialmente por la recurrencia distante. Estos hechos eran indicativos de la existencia de micrometástasis ya presentes en el momento del diagnóstico, que deberían ser tratadas con un tratamiento sistémico. Posteriormente, en la década de los años 50, las aportaciones de Fisher y cols.¹⁶ llevaron a la concepción del cáncer de mama como enfermedad sistémica al diagnóstico, con capacidad de diseminación ganglionar local y a distancia, y por vía hematógica. Estos estudios revelaron que los ganglios linfáticos regionales tenían una importancia biológica más que anatómica y que los hallazgos observados llevaban a la conclusión de que los sistemas vascular y linfático estaban tan interrelacionados que no se podían considerar como rutas independientes de diseminación neoplásica. Fisher formuló una hipótesis y propuso una base biológica para el tratamiento del cáncer de mama que era alternativa a los principios mecanicistas de la cirugía y la radioterapia. Esta hipótesis consistía en considerar el cáncer de mama como una enfermedad sistémica que comprendía un complejo espectro de interrelaciones huésped-tumor, y por tanto el tratamiento locorregional extenso posiblemente conseguiría curar solo a una minoría de mujeres en las que no existiesen micrometástasis.

El National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) inició en 1958 el primer ensayo clínico para evaluar el papel de la quimioterapia adyuvante sistémica en el cáncer de mama operable. Se administró quimioterapia con agente único perioperatoriamente, durante y tras un periodo corto de tiempo tras la cirugía, con la intención de destruir las células tumorales diseminadas como resultado de la cirugía.

Aunque los resultados del tratamiento demostraron una mejoría tanto en supervivencia libre de enfermedad (SLE) como en supervivencia global (SG) en mujeres pre menopáusico con ganglios positivos, los resultados globales fueron desalentadores, basados en las expectativas de que todas las pacientes serían curadas.

Estos hallazgos proporcionaron la evidencia inicial de que la historia natural del cáncer se podría modificar con la quimioterapia adyuvante.¹⁷ Por eso, la misma constituye el armamento fundamental del tratamiento complementario del cáncer de mama, consiguiéndose avances notables en el pronóstico de estas pacientes. La finalidad de dicha terapia consiste en eliminar la enfermedad micrometastásica que pudiera encontrarse a distancia del tumor primario, está demostrado que tiene mayor efectividad cuando se asocian más de dos fármacos.

Se le atribuyen muchas reacciones adversas entre las que cabe destacar la toxicidad hematológica traducida por variaciones de los elementos formes de la sangre dígame leucopenia, plaquetopenia y anemia, toxicidad gastrointestinal dada por náuseas, emesis, además de la toxicidad hepática, pancreática, esofágica, también toxicidad cardiovascular siendo la más significativa la miocardiopatía cuando se utilizan regímenes con antraciclinas, otros efectos repercuten en el sistema nerviosos, reproductor, entre otros.

Al inicio de la década de los 70 comenzaron los modernos tratamientos adyuvantes sistémicos en pacientes con cáncer de mama y ganglios positivos, y durante las pasadas dos décadas se ha generado una gran información.¹⁸ La consistencia de los hallazgos terapéuticos ha supuesto una profunda revolución en el abordaje, manejo y evaluación del cáncer de mama.¹⁹ En un intento de definir las pacientes que deberían recibir tratamiento adyuvante sistémico, se han identificado varios factores pronósticos. Muchas de las pacientes con ganglios negativos pueden tener indicadores de mal pronóstico que las sitúan en categorías de moderado o alto riesgo, en este caso las pacientes deberían recibir tratamiento adyuvante sistémico.²⁰

Existe mucha literatura en cuanto al desarrollo de nuevos factores pronósticos. Muchos de estos factores han sido indicadores altamente significativos de pronóstico en análisis univariados, pero su valor es limitado en análisis multivariado. Muchos de estos factores no han sido completamente validados y su utilidad clínica aún está controvertida. Sin embargo, los factores tradicionales como el tamaño tumoral, el tipo y el grado histológico-nuclear, el estado de los receptores hormonales, la edad de las pacientes, la invasión neural, vascular y linfática, número y tamaño de ganglios linfáticos proporcionan suficiente información para determinar el pronóstico y saber si el riesgo de recurrencia es bajo, intermedio o alto y establecer el tratamiento adyuvante más adecuado.²¹

Las recomendaciones de tratamiento adyuvante en pacientes con ganglios negativos se basa en la existencia de tres grupos diferenciados según el riesgo de recaída, y a partir de factores pronósticos de riesgo mencionados, en cuanto a la radioterapia podemos decir que existen finalidades que justifican la aplicación de la radioterapia postoperatoria en el cáncer de mama en estadios iniciales, en estadios más avanzados también tiene su protagonismo y puede utilizarse de forma neoadyuvante para lograr citorreduccion. Desde principios de la década de los 70 se consideró la radioterapia postoperatoria como el tratamiento estándar, al haber demostrado el aumento del control local de la enfermedad.²¹ Pero a finales de la década y a principios de los 80 algunas escuelas abandonaron la radioterapia

postoperatoria sustituyéndola por asociaciones de quimioterapia antineoplásica adyuvante. Sin embargo, actualmente aquellas escuelas reconsideran la radioterapia postoperatoria por los siguientes motivos: el efecto sinérgico de la quimioterapia y la radioterapia en el control locorregional de la enfermedad debidamente combinados, sin incremento de toxicidad y el aumento real de la supervivencia, tal como demuestran los últimos trabajos. La aparición de nueva tecnología (nuevos aparatos de alta energía, simuladores, la realización de dosimetría en tres dimensiones), ha permitido el desarrollo de técnicas que optimizan el tratamiento al irradiar homogéneamente el volumen blanco irradiando al mínimo los tejidos sanos, lo que finalmente representa una disminución importante de la toxicidad.²²

Se ha demostrado que la radioterapia postoperatoria puede reducir el fallo locorregional en pacientes denominadas de «alto riesgo» del 20-30 % al 5-12 % (según series), con una toxicidad mínima.²³ La segunda finalidad, es el aumento de la supervivencia, que para muchos continúa siendo motivo de controversia.²⁴

Es posible encontrar en series históricas centros con una alta tasa de complicaciones de la radioterapia postoperatoria. Las más frecuentes son la neumonitis y el braquiedema y, en menor medida, cardiovasculares, plexopatía braquial, infartos óseos y segundas neoplasias,^{25,26} si bien éstas en la actualidad han disminuido menos del 5 %. Existen pocos estudios sobre el posible aumento de toxicidad a la radioterapia con la quimioterapia concomitante. Pero se evita la realización simultánea de radioterapia y esquemas de quimioterapia que incluyan antraciclinas.

Debemos señalar que nuestras normas terapéuticas oncológicas del último quinquenio de la década de los 80 protocolizaban esquemas de poliquimioterapia para el carcinoma mamario, contentivos del esquema CAF (Endoxán, Adriamicina y 5 Fluouracilo) combinados con radioterapias ya fuera adyuvante o neoadyuvante.²⁷

Luego en los últimos años de los 90 y lo que va del siglo XXI los consensos nacionales basados en la actualización internacional sostienen esquemas con antraciclinas y Endoxán eliminando el 5 Fluouracilo. Y sugiriendo no usar radiaciones durante el uso de las antraciclinas.²⁸

Problema Científico: En el municipio de Venezuela no se cuenta con un estudio científicamente fundamentado que demuestre los factores de riesgos en pacientes con cáncer de mama.

Hipótesis: El conocimiento de los principales factores de riesgo, el autoexamen de mama permitirá la detección temprana de la enfermedad y con ello la disminución de la morbilidad por esta causa.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con los factores de riesgos de cáncer de mama pertenecientes al CMF # 3 de Batey Viejo Sanguily, área de salud Venezuela, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel de conocimientos de las participantes con riesgos de cáncer de mama.
2. Caracterizar la muestra según variable sociodemográficas (edad, sexo, raza, ocupación).
3. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

1. Generalidades del cáncer

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada a 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.²⁸⁻²⁹ 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.²⁹ En su obra *Enfermedades de la mujer*, Hipócrates prestó atención al *carcinoma* de mama avanzado.³⁰

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.^[6] Celso creía que una intervención imprudente sobre el cáncer podría ser dañina y exasperar el tumor.³⁰ Se atribuye a Leónidas de Alejandría, médico griego, el primer procedimiento quirúrgico registrado para el cáncer de mama, antecedente de la moderna mastectomía.²⁸⁻³⁰ 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.³¹ En el siglo VI, Aecio de Amida señaló la posibilidad de que en el cáncer de mama coexistan tumefacciones satélites en el hueco axilar.³¹ En el siglo VII, el cirujano bizantino Pablo de Regina buscó perfeccionar la técnica de extirpación del cáncer de mama mediante el raspado de los ganglios de la axila.³¹

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.^{29,30,31}

2.Epidemiología

Aunque se han expuesto muchas teorías acerca de las posibles causas del cáncer, ninguna ha tenido total aceptación. Las investigaciones se basan no sólo en aspectos clínicos, sino también en aspectos estadísticos. ³¹

Los datos sobre la frecuencia del cáncer, los organismos que son afectados comúnmente y factores biológicos, patológicos, culturales, económicos y sociales que, en una forma u otra se relacionan con dicha enfermedad, han aportado valiosa información para la prevención y tratamiento de esta enfermedad³².

Los factores de riesgo se clasifican en:

1- Factores de riesgo primario (alto riesgo)

- ✓ Edad (mayor que 50 años)
- ✓ Antecedentes familiares de cáncer mamario
- ✓ Antecedentes personales de cáncer mamario
- ✓ Antecedentes de afecciones benignas
- ✓ Nuliparidad
- ✓ Primer parto después de los 30

2- Factores de riesgo secundario

- ✓ Edad de la menarquia y de la menopausia
- ✓ Escasa lactancia (menos de 6 meses)
- ✓ Utilización de hormonas (estrógenos y exógenos)
- ✓ Estilo de vida (hábito de fumar, alcoholismo, alta frecuencia de estrés, sedentarismo)
- ✓ Enfermedades crónicas
- ✓ Estado socioeconómico elevado
- ✓ Historia de radiaciones ionizantes
- ✓ Raza blanca. ^{30,32,33}
- ✓ Se considera que el ambiente de trabajo y el medio ecológico contienen diferentes agentes que pueden provocar el cáncer. Algunos de estos agentes son químicos esencialmente de tipo ocupacional a la exposición frecuente al sol. ³³

3.Histología

Atendiendo al origen existen tres tipos genéricos de cáncer de mama

Esporádico: sin antecedentes familiares. Serían entre el 70 y el 80 % de los casos.

Familiar: con antecedentes familiares, pero no atribuibles a genética. 15-20 %.

Hereditario: atribuidos a mutaciones por línea germinal. Sólo serían entre 5-10 %. Dentro de estos, el 40 % se debe a mutaciones en BRCA1 y BRCA2. El sistema de estadificación *TNM*

para el cáncer de mama se basa en el tamaño del tumor (T), si el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos (N), en las axilas o aún no se ha diseminado, y si el tumor se ha metastatizado (M) (es decir, si se ha propagado a una región más distante del cuerpo).³⁴ Los tumores de mayor tamaño, de propagación nodal y metastásicos tienen un mayor número de estadiaje y un peor pronóstico.

3.1 La estatificación principal incluye:³⁵

Estadio 0: es una enfermedad pre-maligna o con marcadores positivos (a veces llamada CDIS: *carcinoma ductal 'in situ'*). Sería el momento en que la célula se ha transformado recientemente en cancerígena, pero todavía no ha roto la membrana basal.

Estadio 1: las células cancerígenas ya han superado la membrana basal, pero el tumor no supera los 2 cm de tamaño.

Estadio 2: semejante al estadio 1 pero el tumor ya es mayor de 2 cm, pero no más de 5 cm ya que no se ha diseminado todavía a los ganglios linfáticos.

Estadio 3: dentro de este estadio se tienen distintas clasificaciones en función del tamaño de la masa tumoral y de si los nódulos linfáticos están afectados o no.

Los estadios 1-3 se definen como los 'inicios' del cáncer y son potencialmente curables por ser en muchos casos operables.

El estadio 4 se define como cáncer en etapa 'avanzada' y/o cáncer metastásico porque el cáncer se diseminó hasta otros órganos del cuerpo. Este tipo de cáncer metastatiza con mayor frecuencia en los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro y tiene un mal pronóstico

La mayoría de los cánceres de mama derivan de la unidad ducto-lobulillar.^{35,36} Las células cancerígenas derivadas de otros tejidos se consideran infrecuentes en el cáncer de mama. El término «Carcinoma *in situ*» se refiere al tipo de cáncer que se encuentra confinado en la luz de los ductos o de los lobulillos glandulares, sin invadir los tejidos vecinos.³⁷ Por su parte, el carcinoma invasivo prolifera en demasía hasta romper la llamada membrana basal y extenderse infiltrando los tejidos que rodean a los ductos y lobulillos mamarios, penetrando así el tejido circundante. Las células que se dividen más rápidamente tienen un peor pronóstico. Una forma de medir el crecimiento de células de un tumor es con la presencia de la proteína Ki67, que indica que la célula se encuentra en fase S de su desarrollo y también indica la susceptibilidad a ciertos tratamientos .^{30,38}

Tamaño del tumor: en general un tumor grande suele ir ligado a un mal pronóstico, aunque no siempre es así, ya que en realidad es más importante la capacidad de invasión.

Estado proliferativo: a mayor proliferación peor prognosis. Este parámetro puede estudiarse realizando análisis histológicos (con tinción con hematoxilina y eosina (HE), por análisis inmunohistológico (Ki67) o análisis por FACS (en el que se estudien las células en fase S) .³⁸

4. Detección y diagnóstico

El examen de las mamas se debe realizar en posición vertical, sentada y acostada con las manos de la mujer detrás de la cabeza. Los senos deben ser inspeccionados en busca de diferencias en el tamaño, retracción de la piel o del pezón, patrones venosos prominentes y signos de inflamación. Se debe usar la superficie plana de la punta de los dedos para palpar el tejido mamario contra la pared torácica. Las zonas axilares y supraclaviculares deben ser revisadas en busca de nódulos. El pezón debe comprimirse suavemente para comprobar si hay secreciones³⁹

Estos son algunos síntomas y signos que nos pueden hacer sospechar del Cáncer de Mama, y que obligan a toda mujer a consultar a su médico inmediatamente:

- ✓ Un bulto o tumoración que se siente al tacto, que se diferencia del resto de tejido mamario, de consistencia dura, mayormente no dolorosa, y que no desaparece en el transcurso de los días.
- ✓ Piel de la mama rugosa, que se puede parecer a la "cáscara de una naranja".
- ✓ Deformidad de la mama.

Secreción mamaria, sobre todo si contiene sangre Las masas malignas de mama se caracterizan por ser solitarias, no muy notorias, duras y dolorosas a la palpación.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar:

- ✓ Dolor óseo.
- ✓ Dolor o molestia en las mamas.
- ✓ Úlceras cutáneas.
- ✓ Hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer).
- ✓ Pérdida de peso ⁴⁰.

Mamografía

La extensión del uso de la mamografía ha sido eficaz, ya que ha reducido la tasa de mortalidad del cáncer de mama hasta un 30 %.^[44] La mamografía es el mejor método de cribado de lesiones tempranas disponible. La tasa de supervivencia para las mujeres con cáncer de mama se incrementa drásticamente cuando se diagnostica en una etapa temprana, detectado precozmente tiene una sobrevida a los 10 años que alcanza hasta un 98 %.^[45] Desafortunadamente, sólo el 60% de los cánceres se diagnostican en una fase localizada. De manera que la mamografía regular debe ir acompañada de un examen físico regular de mama para mejorar ese porcentaje.

Se recomienda la mamografía cada año para las mujeres asintomáticas mayores de 40 años.^{39,40} La mamografía en mujeres sintomáticas o en aquellas con factores de riesgo elevados se le conoce como *mamografía de diagnóstico* y por lo general utilizan más de dos proyecciones por imagen.⁴¹ El pesquiasaje en mujeres de 50 a 75 años de edad disminuye significativamente la tasa de mortalidad por cáncer de mama. El cribado en mujeres entre 40 y 49 años es controvertido, debido a una menor incidencia de la enfermedad en este grupo de edad y a que las mamas son más densas lo cual disminuye la sensibilidad de la mamografía. Varios estudios muestran una reducción significativa en las tasas de mortalidad en mujeres de esta franja de edad que recibieron mamografías, mientras que otros trabajos no demostraron beneficios en este grupo.⁴² En los casos de personas con mamas densas lo importante es realizar pruebas complementarias para descartar falsos negativos: test de Octava Pink, ecografía y/o Resonancia magnética.

Existe la posibilidad de obtener falsos positivos con las mamografías. Las mujeres en edades comprendidas entre 40 y 69 años tienen una probabilidad del 30 % de falsos positivos en su mamografía durante un periodo de 10 años. Estos falsos positivos conllevan a exámenes complementarios, seguimiento y biopsias, aumento de los costos e innecesaria ansiedad, cuyas consecuencias psicológicas pueden persistir incluso después de un resultado final benigno.^[cita requerida] La frecuencia de falsos positivos es mayor para las mujeres más jóvenes debido a que la mayoría de las masas en sus senos suelen ser benignos.^[43]

Ecografía

El pesquiasaje por ultrasonido es útil para diferenciar entre masas o tumores mamarios sólidos y los quísticos, fundamentalmente cuando una masa palpable no es bien visualizado en una mamografía.^{41,43.} La ecografía es especialmente útil en mujeres jóvenes con tejido mamario denso con una masa palpable que no se visualiza en una mamografía. La ecografía no debe ser utilizada en los controles de rutina, sobre todo porque no se visualizan las microcalcificaciones y la detección de carcinomas es insignificante con la ecografía.⁴³

Octava Pink

Se trata de un método en el que se hace el diagnóstico de cáncer de mama mediante un análisis de sangre en el que se detectan los anticuerpos compatibles con el desarrollo de un cáncer de mama. Es una prueba no invasiva (un análisis de sangre) en la que se separa el suero de la sangre. Una vez separado el suero se analizan los anticuerpos encontrados en el suero⁴³.

Resonancia magnética de alto campo

La resonancia magnética de alto campo es un método adicional y complementario para detectar y diagnosticar el cáncer de mama y se debe usar en mujeres de alto riesgo, se puede utilizar para detectar

o confirmar la presencia del cáncer y evaluar su extensión. Al igual que otras pruebas se debe usar en personas con alto riesgo de cáncer de mama familiar. Si bien no es una herramienta habitual en el cribado por su alto coste y porque genera muchos falsos positivos, pero si es de uso habitual en mujeres que ya han sido diagnosticadas⁴⁴.

5.Tratamiento

Al referirnos a los tratamientos curativos, es necesario mencionar que algunas neoplasias se pueden tratar por cirugías o radioterapia; en cada uno de estos métodos hay ventajas y desventajas. En la mayoría de los casos, el éxito dependerá más de la habilidad y experiencia del médico tratante que la técnica en sí. Cabe señalar otros factores que hay que tomar en cuenta al elegir el tratamiento, tales como el estado general del paciente, su edad, su situación económica, entre otros^{44,45,46}.

Existen 5 tratamientos básicos como terapia para combatir el cáncer de mama, los cuales son descritos a continuación:

La tomo terapia: Este tratamiento está en uso hace aproximadamente dos años y persigue reducir las sesiones de radiación y acortar el tiempo de tratamiento. Las dosis de radiaciones son más altas, de menor tiempo, de forma más precisa y focalizada en el área a tratar. El beneficio de este protocolo es que disminuye la afectación de los órganos y tejidos sanos, y no altera el funcionamiento de los mismos⁴⁵.

La radioterapia: Este tratamiento es utilizado para eliminar las células tumorales que hayan quedado luego de la intervención quirúrgica. El tratamiento se realiza al mismo tiempo que la operación, es más breve (solo 3 semanas), y más centrado en la zona a tratar⁴⁶.

La terapia hormonal: Cierta tipo de tumores son estimulados por las hormonas sexuales femeninas que el cuerpo produce naturalmente. Con un tratamiento que evite que las células utilicen las hormonas resulta efectivo en algunos casos, y se ha podido demostrar que reduce las recaídas. Esta terapia se administra por vía oral y es un tratamiento complementario⁴⁷.

La cirugía: La cirugía de cáncer de mama ha tenido muchas mejoras en su técnica, hace cierto tiempo las operaciones son menos agresivas y se concentran de manera exclusiva en la zona afectada⁴⁷.

La quimioterapia: A través de la práctica de la “firma genética” se intenta verificar inicialmente si el tumor será sensible o no a la quimioterapia, y evitar su uso en algunos casos, ya que este tratamiento es el que provoca más efectos secundarios¹⁴.

Los tratamientos para el cáncer pueden ser locales o sistémicos:

Los tratamientos locales involucran sólo el área de la enfermedad. La radiación y la cirugía son formas de este tipo de tratamiento.⁴⁸

Los tratamientos sistémicos afectan a todo el cuerpo: la quimioterapia es uno de sus ejemplos⁴⁹.

La mayoría de las mujeres recibe una combinación de tratamientos. Para las mujeres con cáncer de mama en estadio I, II o III, el objetivo principal es tratar el cáncer e impedir que reaparezca (curarlo). Para las mujeres con cáncer en estadio IV, el objetivo es mejorar los síntomas y ayudar a que las personas vivan por más tiempo. En la mayoría de los casos, el cáncer de mama en estadio IV no se puede curar ^{48,49}.

6.Pronóstico

La supervivencia global a los cinco años fue de 59.9 %. Se halló que las mujeres con estadio clínico I presentaron la mayor supervivencia (82 %), seguidas por aquellas con estadios IIB (70.4 %), IIA (65.3 %), IIIB (47.5 %), IIIA (44.2 %) y al final aquellas con estadio IV (15 %)^[9] El efecto de mayor infiltración metastásicos fue notorio en las mujeres con metástasis hematógenas, quienes mostraron la menor supervivencia (21.4 %).⁴⁹ Las mujeres que recibieron quimioterapia y radioterapia tuvieron la menor supervivencia (52 %) aunque esta diferencia no fue significativa. En las mujeres que no tuvieron persistencia del cáncer de mama, la supervivencia fue de 72.3 %, a diferencia de aquellas que sí la presentaron, en las cuales se identificó una supervivencia de 12.6 %.⁵⁰

6.1. Prevención

Métodos de prevención contra el cáncer de mama:

- Realización del autoexamen de mama forma regular.
- No fumar.
- No beber.
- Si existe una historia de tumoración asistir al médico.

El Cáncer de Mama se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna.

Los profesionales de salud deben informar a las mujeres con Cáncer de Mama, y a sus familiares, en forma clara y precisa, acerca de las alteraciones que pueden padecer producto de la enfermedad y su tratamiento⁵¹.

Al igual que otros cánceres, el cáncer de Mama puede ser tratado de 3 formas: mediante cirugías, radioterapia y quimioterapia.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el cáncer mamario en mujeres adultas en el consultorio No.3 en el poblado de, Municipio de Venezuela, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre marzo 2016 a enero 2017.

Universo y muestra

El universo lo constituyeron las 62 mujeres pertenecientes a dicho consultorio, y la muestra seleccionada al azar, la conformaron 40 de ellas, calculándose el tamaño de la misma por el programa EPIDAT.

Criterios de inclusión

Mujeres de 30 a 65 años de edad, que tenían algún factor de riesgo relacionado con el cáncer de mama.
Permanecer en la localidad durante el periodo de intervención educativa.
Estar dispuestas a colaborar con el estudio, mediante consentimiento informado (Anexo I).

Criterios de exclusión

Padecer alguna enfermedad mental o tener coeficiente de inteligencia bajo. Residentes temporales en el área de salud.

Criterios de salida

Abandono por voluntad propia.
Por tener más de tres inasistencias a las sesiones de capacitación.

Métodos empleados

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral de la policlínica de Venezuela, 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 conocimientos relacionados con el cáncer de Mama en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos

. Fases de aplicación de la estrategia educativa

Fase I. Información y Organización: Información al personal de salud que participo en el Programa de Pesquisa activa; Médicos, Enfermeras y Especialistas del Consultorio Médico de la Familia.

Se tuvo en cuenta los conocimientos adquiridos por la autora en entrenamiento previo y procedió a la actualización del tema; así como técnicas participativas y educativas que se utilizaron, para facilitar la comprensión de los temas que se impartieron.

FASE II. Caracterización, diseño y validación del programa de intervención educativa: Se aplicó un cuestionario, confeccionado por la autora y validado por criterios de expertos que sirvió para caracterizar el grupo y a su vez identificar el nivel de información que poseen sobre cáncer de Mama y los factores de riesgo asociado a padecerlo, esto permitió definir los temas que se impartirán teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas. El cuestionario fue aplicado por la autora lo que permitió aclarar dudas sobre algunos términos.

FASE III. Aplicación del programa de intervención educativa: Se desarrolló en esta etapa la intervención educativa con las participantes en relación con la temática del Cáncer de Mama y sus factores de riesgo.

FASE IV. Evaluación de la intervención: Se realizó la valoración final del programa mediante de una segunda evaluación del cuestionario para medir conocimientos, se procesaron los datos y redactó un informe final. Se evaluó así la efectividad de la estrategia educativa aplicada.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Métodos teóricos:

Análisis histórico-lógico: para revelar la situación en el evolucionar histórico del objeto de investigación. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del poblado de Sanguily del área de salud de Venezuela, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

Inductivo-deductivo: en la elaboración de la hipótesis que se utilizó para orientar el proceso de investigación. Permitió por la vía inductiva determinar las particularidades acerca del tema objeto de estudio, a partir del conocimiento de la situación actual en los casos particulares y mediante la educación, realizar formulaciones que posibilitaron hacer aportes para modificar positivamente la realidad.

Análisis y síntesis: para el estudio y síntesis de la literatura consultada. Posibilitó la sistematización del estudio bibliográfico, así como la interpretación de los resultados obtenidos, lo que permitió profundizar en el estudio de los indicadores investigados y relacionarlos entre ellos.

Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigida por el equipo básico de salud para prevenir el cáncer de mama en este grupo etario del área de salud de Sanguily del municipio de Venezuela, Ciego

de Ávila.

Métodos empíricos:

Técnica de recolección de la información

Observación: para realizar una buena selección de la muestra.

Consentimiento informado: para participar en la encuesta y someterse posteriormente a la intervención. (Anexo I)

Formulario: para determinar las variables sociodemográficas. (Anexo II)

Encuesta de conocimiento (cuestionario): a las mujeres seleccionadas para determinar los conocimientos que tenían sobre el cáncer de mama antes y después de la intervención. (Anexo II)

Se utilizó además el criterio de expertos para validar el modelo teórico, así como para la comprobación preliminar de la efectividad de la estrategia educativa sustentada en la educación a las mujeres, para modificar el conocimiento sobre el cáncer de mama. (Anexo IV)

Una vez seleccionados los expertos se les aplicó una encuesta, para recoger los criterios evaluativos sobre seis aspectos de la estrategia educativa, elaborada sobre la base de la educación a los participantes, los que fueron evaluados según la escala: muy adecuado (MA), bastante adecuado (BA), adecuado (A), poco adecuado (PA), e inadecuado (I).

La selección de los expertos se realizó de forma intencionada, en total 5, al considerar en ellos el dominio teórico sobre el tema y la experiencia práctica. Integraron el grupo: Profesionales de la Dirección Municipal de Salud del Programa de Cáncer de mama, Atención Primaria de Salud, de Promoción y Educación para la Salud, y profesores miembros del Grupo Básico de Trabajo.

Métodos estadísticos

Proporciones y porcentajes para resumir las variables cualitativas y para las variables cuantitativas el promedio. Se utilizó el programa estadístico SPSS 11.0 para Windows, auxiliados por el tabulador electrónico Microsoft Excel y para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el sistema EPIDAT.

Se procedió a caracterizar las mujeres objeto de estudio según variables socio-demográficas. Las mismas fueron recogidas mediante un formulario.

Edad (cuantitativa continua): años de edad cumplidos al momento de la entrevista. Considerándose los siguientes grupos etarios, con intervalo de 15 años:

30-- 35 años

36 – 45 años

46 – 55 años

56 – 65 años

Escolaridad (cualitativa ordinal): Considerando el último nivel de escolaridad vencido.

Primaria: las que concluyeron el sexto grado.

Enseñanza media: séptimo a los doce grados.

Técnico: graduados de cualquier carrera técnica.

Universitarios: estudios superiores.

Ocupación (cualitativa nominal politómica):

Estudiante: cualquiera de los niveles de enseñanza, perfiles o carreras.

Trabajadoras: toda mujer con vínculo laboral activo.

Sin ocupación: aquellas que al momento de la investigación no trabajaban ni se encontraban vinculadas a ningún centro de enseñanza.

Para determinar las necesidades de aprendizaje sobre el cáncer de mama se estableció lo que conocían y desconocían las participantes mediante la variable (cualitativa nominal): conocimientos sobre cáncer de mama, considerándose dentro de esta variable todas las interrogantes incluidas en la encuesta de conocimientos confeccionado al efecto (Anexo III). Se estableció la calificación cualitativa (conocen y no conocen), con una escala de valores cuantitativos para cada ítem en las dos categorías (Anexo IIIa): Conocen: cuando obtuvieron una calificación total de 70 puntos o más. No conocen: cuando la calificación fue menor de 70 puntos.

Raza (variable cualitativa nominal politómica):

La raza blanca, según un investigador llamado Kelly donde publicó en la revista *Science* explica que en general las mujeres de raza blanca tienen mayor probabilidad de tener cáncer de mama⁵². Sin embargo, aunque existe el riesgo de perder la capacidad de tener hijos (debido fundamentalmente a que la quimio y radioterapia pueden destruir los tejidos reproductores), existen en la actualidad diferentes medios de preservación de fertilidad, que están disponibles en los centros sanitarios para prevenir este problema.

Plan de análisis de los resultados

Las afecciones neoplásicas de la mama por su morbilidad constituyen un problema de salud con profunda repercusión socioeconómica, por lo se requiere de una formación médico – social importante, para la detección temprana de las enfermedades mamarias y el reconocimiento de los factores de riesgo, que se relacionan con el cáncer de este órgano, así como adiestrar a la mujer en el autoexamen de mama y lograr cambios en los estilos de vidas inadecuados.

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

En este trabajo se identificaron inicialmente algunas 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 estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos cáncer de mama, antes y después de la aplicación del programa educativo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Conocimiento de las participantes sobre autoexamen de mama antes y después de aplicada la intervención educativa según edad. Venezuela 2017.

Fuente:

EDAD	Antes				Después			
	Conocen		No conocen		Conocen		No conocen	
	N o.	%	No.	%	No.	%	No.	%
30 a 39 Años	1	2,5	4	10	3	7,5	2	5
40 a 49 Años	1	2,5	9	22,5	10	25	--	--
50 a 59 Años	1	2,5	13	32,5	14	35	--	--
60 a 65 Años	--	--	11	27,5	11	27,5	--	--
TOTAL	3	7,5	37	92,5	38	95	2	5

Cuestionario

Al explorar si las encuestadas conocían la técnica del autoexamen de mama, antes de la intervención (según muestra la tabla 1), se encontró que solo el 7.5% tenían alguna información sobre esta práctica. Al relacionar estos aspectos con la edad encontramos que las mujeres de 50 a 65 años a pesar de su vulnerabilidad para padecer enfermedad maligna del seno, desconocían lo relacionado con esta práctica, posterior a la aplicación del programa educativo se modificaron positivamente los conocimientos en las participantes, lográndose que el 95% de las mismas asimilaran los conocimientos impartidos, Solo 2 de las encuestadas (5%), no lograron alcanzar conocimientos suficientes para considerarlas capacitadas. Coincidiendo con el Dr. Alexis Cantero, el cual realizó un estudio en nuestro país sobre el comportamiento y la prevalencia de los factores de riesgo del cáncer de mama, donde la edad que predominó fue la misma, lo que se corrobora en la bibliografía consultada⁵³. Coincide también con el estudio realizado por el Dr. Jaime Plaza Cepeda en Ecuador, donde plantea que el riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad y que la mayoría de los casos de cáncer de mama

son mujeres de más 50 años ⁵⁴. Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Pérez Echavarría quien previo a la acción educativa, encontró que la mayoría de las integrantes de la casuística (82,9 %) desconocían lo relacionado con el autoexamen de mama; pero al final de esta, solo 3 féminas (3,1 %) no lograron modificar satisfactoriamente sus conocimientos.⁵⁵ Realizar acciones de detección y ampliar el acceso de la población a las acciones primarias de salud, representa una importante estrategia para revertir la realidad en cuanto al diagnóstico precoz del tumor mamario; ya que este cáncer en más del 80% de los casos es diagnosticado por las propias mujeres. De esa forma, la morbilidad y la mortalidad por esta causa pueden reducirse si las mujeres tienen el conocimiento, la motivación y la destreza necesaria para aplicar medidas de detección precoz, como es el auto examen de mama.⁵⁵

Tabla 2: Nivel de conocimiento de las participantes sobre los factores de riesgos del cáncer de mama antes y después de la intervención educativa según escolaridad. Venezuela 2017.

ESCOLA- RIDAD	Antes				Después			
	Conocen		No Conocen		Conocen		No Conocen	
	N o	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	--	--	11	27,5	10	25	1	2,5
Enseñanza Media	1	2,5	13	32,5	14	35	--	--
Técnico Medio	1	2,5	11	27,5	12	30	--	--
Universitario	2	5	1	2,5	3	7,5	--	--
TOTAL	4	10	36	90	39	97,5	1	2,5

Fuente : Cuestionario

Cuando relacionamos la escolaridad con el conocimientos que tenían las encuestadas antes y después de aplicado el programa educativo, se evidenció que en el primer momento del

estudio, las de nivel primario de escolaridad mostraron desconocimiento en la mayoría de los temas explorados, seguidas de las de enseñanza media y técnicos, donde solamente el 2.5% respectivamente tenía alguna información sobre los temas explorados, mientras que de las 3 universitarias incluidas en la serie, el 5% (dos de ellas) tenía alguna información al inicio. Después de aplicada la estrategia educativa todas las participantes (100%) de nivel medio de enseñanza y las universitarias conocían los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer mamario y solo una fémina (2,5%) perteneciente a la enseñanza primaria, no alcanzó los conocimientos suficientes.

Pomo González cita que en Cuba, se han realizados diferentes estudios donde se ha demostrado la relación que guarda el nivel de escolaridad con el aprendizaje sobre la posibilidad de enfermar de cáncer mamario, evidenciándose que mientras más bajo es el nivel de escolaridad menos importancia dan las mujeres a los factores predisponentes de este tumor, y no se sienten identificadas con el riesgo, lo cual puede estar dado, en primer lugar por la poca importancia que da la población femenina a los factores de riesgo del cáncer mamario como vía eficaz y preventiva contra la enfermedad y en otro orden, por la falta de nivel adecuado de captación y aprendizaje en lo individual, que impide enfocar su calidad y esperanza de vida en un plano primordial,⁵⁶ A los efectos de este trabajo, podemos señalar que los resultados encontrados no coinciden plenamente con lo referido anteriormente, toda vez, que después de la intervención la mayoría de las participantes (97,5%) resultaron capacitadas, independientemente de su grado de escolaridad.

Tabla 3: Conocimiento de las participantes sobre auto examen de mama antes y después de aplicada la intervención educativa según ocupación. Venezuela 2017

Fuente: Cuestionario

En	OCUPACIÓN	Antes				Después			
		Conocen		No Conocen		Conocen		No Conocen	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	Estudiantes	--	--	2	5	2	5	--	--
	Trabajador	1	2,5	19	47,5	19	47,5	1	2,5
	Sin ocupación	1	2,5	17	42,5	17	42,5	1	2,5
	Total	2	5	38	95	38	95	2	5

tabla 3 se evidencia, que antes de implementar la estrategia educativa, la mayoría de las encuestadas

(95%) no conocían lo relacionado con la importancia del autoexamen de mama y la técnica correcta para su realización, resultando el grupo de las estudiantes las que menos conocimientos tenían sobre el particular. Después de aplicada la misma, solo 2 de las participantes no adquirieron los conocimientos suficientes sobre los aspectos tratados, lo que coincide con los hallazgos descritos por Hernández CI y col. en su trabajo Exploración de conocimientos sobre el auto examen mamario.⁵⁷

Las estudiantes constituyeron el estrato ocupacional de más baja representatividad, con solo el 5 %, las 20 trabajadoras representaron el 50 % del total y el 45 % restante equivalente a 18 mujeres eran desocupadas, como se observa en la Tabla 3, lo cual representa una muestra con presencia de diferentes sectores.

Por lo que la edad resulta el elemento más relevante a tener en cuenta, en el momento de clasificar una población femenina de mayor riesgo de cáncer de mama. Sólo el 15 % de los casos ocurren antes de los 40 años, que es el tumor que clásicamente se describe de aparición temprana, pre menopáusico, influido por los estrógenos ováricos y otro de aparición tardía, debido a la acción de los estrógenos suprarrenales en mujeres pos menopáusicas.^{57,58}

Es de consenso general que trabajar con personas expuestas o portadoras de un riesgo, mejora la posibilidad de no contraer o prevenir la enfermedad, por lo que conocer los factores riesgos es uno de los aspectos primordiales a la hora de enfrentar la prevención del tumor maligno de la mama.

Tabla 4: Tabla: Conocimiento sobre el tema en general de las participantes antes y después de la intervención educativa. Venezuela 2017

VARIABLE	Antes				Después			
	Conocen		No Conocen		Conocen		No Conocen	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Factores de Riesgos	4	10	36	90	39	97.5	1	2.5
Autoexamen de Mamas	3	7.5	37	92.5	38	95	2	5

Fuente: Cuestionario

En la tabla 4 están representadas de manera general las dos vertientes fundamentales que abordó la investigación, antes y después de aplicada la estrategia educativa, evidenciándose que al inicio del estudio de las 40 mujeres incluidas en la serie, 36 de ellas (90%) desconocían los principales factores de riesgo que inciden en la aparición del cáncer mamario, resultados que fueron revertidos positivamente al finalizar el programa educativo, lográndose que 39 de las encuestadas (97.5%) alcanzaran conocimientos suficientes sobre el tema.

Con respecto al autoexamen de mama existió igualmente desinformación en el primer momento del estudio, solo el 7.5% de las participantes se consideró con algún conocimiento sobre el tema, posterior a la capacitación el 95% de las mujeres logró adquirir los conocimientos para considerarse capacitadas. Estos resultados coinciden con autores cubanos, con los cuales se encontraron similitudes, como Virella Trujillo quien evidenció que al inicio de su investigación existía desconocimiento sobre la mayoría de los factores de riesgos explorados y el auto examen de mama y luego de aplicada la estrategia educativa se logró revertir favorablemente, incrementándose los conocimientos en un 90%.⁵⁸

Por su parte Pardo Montañez demostró que el 83.3% de la población estudiada tenía conocimientos inadecuados sobre el cáncer de mama al inicio y luego de aplicado el programa educativo se obtuvieron resultados favorables, con solo una de las participantes donde la intervención no fue efectiva, lo que coincide además con Alejandro Roberto.⁵⁹

Finalmente se observó un incremento en la frecuencia relativa de las mujeres que refirieron conocer aspectos relacionados con el cáncer de mama después de concluida la intervención educativa.

Tabla 5. Distribución de pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas según color de la piel. Venezuela 2017.

Color de piel	Antes				Después			
	Conocen		No conocen		Conocen		No conocen	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Blanca	14	23,3	9	15	20	33,3	3	5
Mestiza	4	6,6	3	5	7	11,6	--	--
Negros	12	20	7	11,6	17	28,3	2	3,3
Total	30	49,9	19	31,6	43	71,6	6	9,8

Según

Fuente: Encuesta

investigaciones epidemiológicas como muestra la tabla 5 en la población estudiada se observa un

predominio en las mujeres de piel blanca evidencian una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de mama que las de piel negra, aunque en estas últimas el riesgo de fallecer por esta causa es más alto, debido a que en ellas se presentan tumores más agresivos.⁶⁰ En nuestro estudio ante de implementar la estrategia educativa la mayorías de las encuestadas con riesgos eran de piel blanca con 23 para el 38,3% seguidas por las de piel negra con 19 para un 31,6% y mestiza , con 7 para un 19%, respectivamente. Esto se explica por el gran mestizaje que existe en nuestra población. Después que se hizo la intervención comunitaria la mayoría de las mujeres según su raza tenían información acerca del cáncer de mama. Según hallazgos Pérez⁶¹ quien coincide con el presente estudio, señala que es más común el cáncer en mujeres de raza blanca, entre 5 a 10 % de los casos, el cáncer de mama es causado por mutaciones genéticas heredadas. Según un investigador llamado Kelly donde publicó en la revista *Science* explica que en general las mujeres de raza blanca tienen mayor probabilidad de tener cáncer de seno⁶² Sin embargo, aunque existe el riesgo de perder la capacidad de tener hijos (debido fundamentalmente a que la quimio y radioterapia pueden destruir los tejidos reproductores), existen en la actualidad diferentes medios de preservación de fertilidad, que están disponibles en los centros sanitarios para prevenir este problema.

CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias significativas entre la evaluación antes y después del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgos del cáncer de mama, así como la importancia que tiene la realización del autoexamen de las mamas para un diagnóstico precoz resultando una modificación positiva y significativa en el nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos general, también resultó en un cambio significativo en forma de mejoría.

Predominaron las pacientes de 30 a 39 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama, que presentaron como factores de riesgos la Multiparidad, Menarquía precoz (antes de los 12 años), la Ingestión de estrógenos exógenos por tiempo prolongado (por más de 1 año) y el consumo excesivo de grasas, en sentido general, se encontraron gran cantidad de factores de riesgo en las mujeres estudiadas. Los síntomas y signos clínicos más encontrados fueron el Dolor en las mamas y la Tumorción palpable. Como resultados ecográficos se observó que predominaron las lesiones en el cuadrante superior externo, en la mama derecha y que presentaron imagen ecogénica con un tamaño predominante de 3 centímetros y más. En el estudio mamográfico, se observó que predominaron las pacientes con Asimetría con lesiones en el cuadrante superior externo derecho, predominantemente de la mama derecha, con un tamaño predominante de 3 centímetros y más y con cambios en la piel del pezón. El hallazgo imagenológico fue principalmente las Neoplasias epiteliales o carcinomas.

Con la aplicación de la intervención educativa se logró modificar los conocimientos de forma positiva sobre el cáncer de mama de las participantes en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Sep. [citado 2015 Jun 16]; 25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300020&lng=es.
2. Cáncer de mama. Wikipedia, enciclopedia libre. [citado 2015 Jun 16]; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_mama
3. Evolución de los carcinomas de mama. En: Wikipedia, enciclopedia libre. [citado 2016 Jun 16]; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_natural_del_c%C3%A1ncer_de_mama
4. Pardo Montañés Susel, Ramírez Alemán Ileana, Selva Capdesuñer Ana, Cuza Palacios Manuel. Modification to knowledge on breast cancer in the workers with risk factors for this disease. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 2014 May 08]; 15(1): 92-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100013&lng=es
5. Robles Sylvia C., Galanis Eleni. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. Aug [citado 2014 May 08]; 12(2):141-143. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000800016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000800016>
6. Ruiz Lorente Raíza, Rubio Hernández María Caridad, Hernández Durán Daisy, Tamayo Lín Graciela. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. Rev cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Sep. [citado 2014 May 08]; 37(3): 349-358. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000300007&lng=es.
7. Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública de Cuba. www.infomed.sld.cu/servicios/estadística, 2009.
8. Pérez Hechavarría Gipsy de los Ángeles, Álvarez Cortés Julia Tamara, Selva Capdesuñer Ana, Guilarte Selva Osiris Taimy, Pérez Hechavarría Alejandro Roberto. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2014 Feb. 13]; 15(6): 754-761. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600005&lng=es.
9. Rodríguez González JA, Martínez Sánchez Y, Estoriano Escaig N, Vidal Jiménez E. Comportamiento del cáncer de mama en la Consulta Provincial de Patologías Mamarias. Rev. Med Electrónica [Seria da en línea] 2010;32(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/tema08.htm>
10. Sardiñas Ponce Raysa. Autoexamen de mama un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en Atención Primaria de Salud. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2014 Mayo 08]; 8(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=es.

11. García Manero Manuel, Martínez Regueira Fernando. REV MED UNIV NAVARRA/VOL 52, Nº 1, 2008, 3 MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2014 May 08]; 15(1): 92-98.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100013&lng=es
12. Atención primaria de salud: ref. Pérez Díaz TC, Otero Iglesias J. El paradigma biosocial en la atención lecciones de un claustro monografía en Internet. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez; 2003 [citado 21 Mar 2013]; Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev9/para_bios.ht
13. Martínez Camilo RV. Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 32(3);2006.
14. Marchioni ML, Leite de Lima EF, Fisberg RM. Dietary patterns and risk of breast cancer: a case-control study in the Northeast of Brazil. Rev Soc Bras Aliment Nutr 2008; 33(1):31-4. [consultado 21 nov 2013]. Disponible: <<http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/dietary.pdf>>
15. Márquez-Acosta Gonzalo. Cáncer de mama. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 May 08] ; 26(2): 81-82. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000200001&lng
16. Virella Trujillo María Elena, Salazar Matos Yodelaisi, Chávez Roque Mavel, Viñas Sifontes Leida Nilda, Peña Fuente Niurka. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. AMC [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2014 May 08]; 14(1); Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100003&lng=es
17. Núñez Copo Antonio César, Frómeta Montoya Carmen Iliana, Rubio González Tamara. Factores ambientales y genéticos asociados al cáncer de mama en féminas del área de salud "Venezuela ". MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2015 May 08]; 15(2): 162-169. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200003&lng=es
18. Pomo González Marilyn, Martín Pérez Milaida, Díaz Roig Israel, Ramos Carmenate Ángela. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama en el municipio de Sancti Spíritus. Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández" Policlínico Docente Área Norte. Sancti Spíritus .2014.
19. Torres Mejía G, Ángeles Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. Salud Pública Méx 2009;51 (supl 2):161-71.[citado 2014 May 08] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800006&lng=es&nrm=iso&tlng=es>
20. Montero Ruiz J. Historia del tratamiento del cáncer de mama [monografía en Internet] España: Asociación Española de Cirujanos; 2006. [citado 2014 May 15]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revisiones/cir09-06/09-06-04.htm>
21. Driscoll D, Britton P, Bobrow L, Wishart H, Signnatamby R, Warren R. Breast cancer. Clin Radiol 2007; 56(39): 216-20.

22. Rodríguez Guzmán L. El autoexamen de mamas [monografía en Internet]. México DF: CENAVECE Epidemiología [citado 7 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2001/sem17/edt17.html>
23. Rodríguez Flores O, Pérez Guerra LE, Mesa Coello L, Santos Martínez R, Fanjul Losada N, Leyva Méndez. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. Acta Médica del Centro, Vol. 7, No. 3, 2013. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r3_13/mama.htm
24. Hernández Sáez Isbel, González Sáez Yoandra, Heredia Benítez Lidia Yamelit, Heredia Cardoso Abbell Amís, Conde Martín Marlene, Aguilar Oliva Serguey. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. AMC [revista en la Internet]. 2011 [citado 2014 May 13] ; 15(3): 487-503. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300007&lng=es.
25. Hernández CI, Acanda DM, Rodríguez TC. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. Rev Cubana Enfermer 20 03; 19(3):1.
26. Donoso R. Ana Maria, Amar C Marcela, Minassian M Matias, Salazar M Claudio, et al . Quality indicators in breast cancer surgery. Rev Chil Cir [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2014 May 13] ; 65(3) : 216-221. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262013000300004>.
27. Alejandro Roberto. Educational activities in women with breast cancer risk factors. MEDISAN 2011 Jun [citado 2014 Mayo 08]; 15(6): 754-761. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600005&lng=es.
28. Oruezábal Moreno M. Factores pronósticos y predictivos de la supervivencia global y libre de progresión de pacientes con cáncer de mama metastásico en tratamiento de quimioterapia intensiva [tesis doctoral]. Madrid: Editorial Universidad Complutense. [consulta 2014 May 04]: Disponible en : <http://eprints.ucm.es/tesis/med/ucm-t26277.pdf>
29. Medline Plus [página principal en Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; c1997-2008 [actualizado 26 May 2008; citado 5 Jul 2008]. Enciclopedia Médica en Español. Autoexamen para tumores mamarios; [aprox. pantallas].Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html/>
30. Soriano García JL .Evaluación de tratamientos sistémicos en pacientes con cáncer de mama [tesis doctoral].Habana 2009
31. Alvares Goyones RJ. Evaluación de factores pronósticos y predictivos de cáncer de mama en Cuba. Su papel en la terapia preventiva. [tesis doctoral]. Habana 2011.
32. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. Psico-oncología. Vol, 4.Num2 – 3, 2007, pp. 423 -446.
33. Ferlay J., Shin HR., Bray F., et al. Globocan 2008. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancer base no10 (internet), Lyon, France: International Agency of Research on cancer, 2010. Available from <http://globocan.iarc.fr>, 2010.

34. Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2013 Feb 22]; 25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300020&lng=es
35. Pérez C, Brady LW: Principles and Practice of Radiation Oncology, 5ª Edición, Filadelfia, Ed.: Lippincott-Ravel, 2009.
36. Ann Barrett, M.D., Jane Dobbs, M.A., Stephen Morris and Tom Roques. (2009). Practical Radiotherapy Planning, 5ª Edición. Hodder Arnold, an imprint of Hodder Education. London. 2009.
37. Hrafnkelsson J, Nilsson K, Söderberg: Tolerance of radiotherapy combined with adjuvant chemotherapy in breast cancer. Acta Oncologica 1997, 26:269-272.
38. Benoff LJ, Schweitzer P. Radiation therapy-induced cardiac injury. Am Heart J. 2011; 129: 1193-1196.
39. Syed H. Abid, Vikas Malhotra, Michael C. Perry: Radiation-induced and chemotherapy-induced pulmonary injury. Curr Opin. Oncol. 2001; 13:242-248.
40. Seidman AD, Funnier M, et al. Cyclophosphamide and doxorubicin in breast cancer Proc Am Soc. Clin ONCOL. 2000; 3(9) 19-83.
41. National Cancer Institute Sponsored Study of Classification of breast cancer. Summary and description of chemotherapy ... CANCER 2006; 10 (29): p.2112-35.
42. Pritchard KI, Shepherd LE, O'Malley FP, Andrulis IL, Tu D, Bramwell VH, Levine MN. HER2 and responsiveness of breast cancer to adjuvant chemotherapy. N Engl J Med 2006, 354:2103-11
43. Oxford American Hand Book Of Oncology 2009. - University Press. [Ww.oup.com/us](http://www.oup.com/us).
44. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. BMJ 2000 Sep 9; 321(7261):624-8.
45. García Rosado, M.V. (2008). Epidemiología del cáncer de mama en hospitales públicos de Madrid. Trabajo de tesis para optar por el título de Doctor en ciencias médicas. Universidad Complutense. Madrid.
46. Estrógeno, la testosterona de la mujer?. www.terra.com.mx. Consultado el día 16 de Agosto de 2014.
47. Jatoi I. Breast cancer screening. Am J Surg. 1999; 177:518-24.
48. Haslen HC. Cáncer de mama metastásica. Estudio de serie de casos INOR 2000-2003 [tesis de grado]. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR); 2007. p. 6-12. www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/statistics/age.htm. Consultado el día 16 de Agosto de 2015.
49. Agarwal T, Patel B, Rajan P, et al. Core biopsy vs. FNAC for palpable breast cancers: is image guidance necessary? Eur J Cancer. 2003;39:52-6.
50. Wilkinson NW, Shahryarnejad A, Winston JS. Concordance with breast cancer pathology reporting practice guidelines. J Am Coll Surg. 2003; 196: 38-43.

51. Harris M, Howell A, Chrissohou M, Swindell R, Hudson M, Sellwood R: A comparison of metastatic pattern of infil-trating lobular and infiltrating ductal carcinoma of the breast.Br J Cancer1994; 50:23-30.
52. Singletary SE, Connolly JL. Breast cancer staging: working with the sixth edition of the AJCC Cancer Staging Manual. CA Cancer J Clin. 2006;56:37-47.www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-early-survival-by-stage2. Consultado el día 16 de Agosto de 2016.
53. Passik SD, Kirsh KL, Rosenfeld B, et al: The changeable nature of patients fears regarding chemotherapy: implications for palliative care. J Pain Symptom Manage 2001; 21(2): 113-20.
54. Pister KM, Kris MG: Treatment-related nausea and vomiting. In: Berger A, Portenoy RR, Weissman DE, eds: Principles and Practice of Supportive Oncology. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven. Plublishers, 1998, pp 165-199.
55. Steinherz LJ: Anthracycline-induced cardiomyopathy. Ann. Intern. Med 1996; 126:827. Camps Herrero C., Carulla Torrent J., Casas A.M., González Barón M., Sanz-Ortiz J., Valentín V. Manual SEOM de cuidados continuos. Dispublic, S.L. España. 2004. P. 255-272.
56. Albin A.2009.JNCI.Cardiotoxicidad en fármacos antineoplásicos. Prevención.
57. Minotti G.2007.Cardiv Toxicol. Antraciclinas las cosas buenas van mal BC. Ed
58. Hernández L.A. Oncología Preguntas y respuestas. . (2001). Barcelona: Prous Science p.108-109.
<http://www.cancer.gov/espanol/noticias/boletin/110811/page2>. Escrito por Alfonso Yubero Esteban sep 2014. Consultado
59. 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 haban cienc méd[Internet]. 2012 [citado 2013 mar 22]; 11(sup 5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500013&lng=es
60. Apodaca Pérez EC. Enfoque comunitario y preventivo de las mastopatías. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2012 mar[citado 2012 jul 11]; 28(1): [aprox6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000100010&script=sci_arttext.
61. Decálogo cáncer de mama y calidad de vida. Federación española de cáncer de mama. 2009. Disponible en: http://fecma.vinagrero.es/documentos/trip_calidad.pdf.
62. Argote Ravelo L, Toledo Rodríguez GP, Delgado Almanza R, Domínguez Peña D, Cano Moreno P, Noa Borron, et al. Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el hospital Julio Trigo. Rev Cub Salud y Trabajo [Internet]. 2010 [citado 2012 jul 6]; 11(1): [aprox 3p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_1_10/rst01110.htm.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

Área de salud de Sanguily

Municipio Venezuela, Ciego Ávila

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación "Intervención educativa para evaluar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Dra. _____ quien me ha informado que:

Esta investigación tiene como objetivo principal implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama en mujeres adultas.

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información en este grupo etario sobre temas como: el cáncer de mama, factores de riesgo y sus consecuencias.

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 201_.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexo II

CUESTIONARIO

Área de salud de Sanguily

Municipio Venezuela, Ciego Ávila

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre los factores de riesgo del Cáncer de mama en el Área de salud de la Sanguily, Municipio de Venezuela. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

Muchas gracias. Su colaboración nos será de gran utilidad.

Cuestionario de conocimiento: ¿Qué conoces sobre el cáncer de mama?

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de terminación de residencia para implementar una intervención educativa a mujeres con factores predisponentes de cáncer de mama, que permita modificar positivamente sus conocimientos sobre este tumor maligno, haciendo énfasis en los factores de riesgo, y el autoexamen de mama para lograr su diagnóstico precoz.

1. ¿Conoce las partes anatómicas que forman la mama?

Sí _____ No _____

Si respondió si, cite las que conoce: _____

2. ¿Sabe qué es el cáncer de mama? Sí _____ No _____

3. Marque con una x cuales de los factores (causas) siguientes usted considera de riesgo para la aparición del cáncer de mama.

Edad mayor de 30 años _____

Ver la menstruación antes de los 12 años _____

Menopausia después de los 55 años _____

Nunca haber parido _____

Primer embarazo después de los 35 años _____

Usar anticonceptivos hormonales o tratamiento hormonal sustitutivo _____

Comer frutas y verduras _____

Traumas en la mama ____

Dietas ricas en grasas ____

Ingestión de bebidas alcohólicas ____

Trabajar en una industria ____

Tener varias parejas sexuales ____

Usar sostenedores ajustados ____

Haber padecido de un cáncer en otro lugar de su cuerpo ____

Que otros miembros de la misma familia hayan padecido de cáncer de mama ____

4. ¿Sabe usted qué es el diagnóstico temprano (precoz) de cáncer de mama?

Sí ____ No ____

5. ¿Cree usted que el cáncer de mama es una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer cubana? Sí ____ No ____

6. Sabe usted ¿Qué es el autoexamen de mama? Sí ____ No ____

7. Sabe usted ¿cómo realizarse el autoexamen de mama?

Sí ____ No ____

Explique ¿cómo? _____

8. Con qué frecuencia usted debe realizarse el autoexamen?

____ Mensual.

____ Después de la menstruación.

____ Cada tres meses.

____ Una vez al año.

9. ¿Conoce usted algún método que permita sospechar tempranamente el cáncer de mama sin acudir al médico? Sí ____ No ____ ¿cuál? _____

10. Conoce algún estudio de alta tecnología que permita diagnosticar el cáncer mamario en la mujer.

¿Cuál o cuáles? _____, _____, _____

ANEXO III (a)

CLAVE DE RESPUESTA DE LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTO (CUESTIONARIO)

1. ¿Conoce las partes anatómicas que forman la mama?

a) Si respondió sí, cite las que conoce: _ Areola, pezón y glándula mamaria propiamente dicha.

a) 1 puntos n b) 9 puntos c) cada un punto

2. ¿Sabe que es el cáncer de mama? Si 1punto

3. Marque los factores de riesgo (causas) que pueden contribuir a la aparición del cáncer de mama en la mujer.

Edad mayor de 40 años, hábitos tóxicos, dieta, Nuliparidad, no lactancia materna, menarquía temprana, tratamiento con estrógenos, obesidad, antecedentes familiares y personales, obesidad, traumatismo de la mama.

1 punto cada factor. 10puntos

4. ¿Sabe usted qué es el diagnóstico temprano (precoz) de cáncer de mama? Si_____

a) 3 puntos

5. ¿Cree usted que el cáncer de mama es una de las neoplasias malignas más

Sabe usted ¿Qué es el autoexamen de mama? encuentros en la mujer cubana? a) 5 puntos

7. Sabe usted ¿cómo realizarse el autoexamen de mama?

Si_____ No_____

Explique ¿cómo?

a) Si

b) debe responder que con la mama descubierta se busca cualquier cambio externo de la mama y con la mano de la paciente se palpa la misma por planos en busca de tumoración y adenopatías, además se comprime el pezón.

a) 2 puntos b) 33 puntos 35 puntos

8. ¿Se realiza usted el autoexamen de mama? Sí_____ No_____

¿Con qué frecuencia lo practica? _____

a) SI b) Mensual c) Después de la menstruación

a) 3 puntos b) 9 puntos 12 puntos

9. ¿Conoce usted algún método que permita sospechar tempranamente el cáncer de mama sin acudir al médico?

Si___ No___ ¿cuál?_____

a) Sin b) Autoexamen de mama a) 1 b) 15 puntos

¿Conoce algún estudio de alta tecnología que permita diagnosticar el cáncer mamario en la mujer?

¿Cuál o Cuáles? Mamografía BAAF 5 puntos 5 puntos

Interpretación:

Conocen: para las que obtuvieron calificación total de 70 o más puntos.

No conocen: para los que su calificación fue menor de 70 puntos.

Anexo III

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Área de salud Sanguily

Municipio Venezuela, Ciego Ávila

Planificación

Concepción estructural y metodológica de la investigación: fue concebida sobre la base de los principios teóricos que sustentan y validan una estrategia educativa, apoyados en la revisión bibliográfica, elaborándose el diseño de la misma en base a las necesidades de aprendizaje que fueron identificadas mediante la encuesta de conocimiento, lo que permitió seleccionar los seis temas que conformaron el programa educativo.

Se incluyeron en el programa los siguientes temas:

Tema I. Generalidades: anatomía y fisiología de la mama, conceptualización del cáncer de mama y sus manifestaciones clínicas.

Tema II. Factores de riesgo asociados a dicha entidad.

Tema III. Estadísticas mundiales, nacionales y locales.

Tema IV. Técnica del autoexamen de mama y su importancia en el diagnóstico precoz del cáncer mamario.

Tema V. Otros estudios y tecnologías de punta en el diagnóstico de certeza.

Tema VI. Consolidación de los conocimientos adquiridos y evaluación de los temas impartidos.

I. Etapa de diagnóstico

Se confeccionó y aplicó la encuesta de conocimientos a todas las participantes,

¿Qué conoces sobre el cáncer de mama? lo que permitió determinar cuáles eran los conocimientos y desconocimientos que tenían las mismas sobre el tema de investigación, lo cual sirvió de base para la elaboración del programa educativo y fueron seleccionados los profesionales que colaboraron como profesores en las diferentes actividades.

II. Etapa intervención

Esta etapa se ejecutó el programa de intervención educativa con las participantes que fueron seleccionadas, aplicándose el contenido en seis meses, con una frecuencia semanal de 60 minutos de duración, se impartieron seis temas fundamentales, distribuidos en once encuentros, por un período de dos meses y medios, al cabo de los cuales se dejaron transcurrir doce semanas, pasado ese tiempo se aplicó nuevamente la encuesta inicial de conocimientos.

En cada sesión se impartieron los temas según propuesta del programa educativo. Se utilizó como forma de organización de la docencia los talleres, conferencias, clases prácticas, así como técnicas participativas. La muestra fue distribuida en 2

subgrupos con 20 integrantes cada uno, las que recibieron el mismo programa por separado.

Programa de Intervención Educativa.

Título: cómo prepararme para prevenir el cáncer de mama.

Dirigido a: mujeres entre 20 y 65 años, con algún factor de riesgo de cáncer de mama.

Objetivo general: Modificar los conocimientos sobre los factores de riesgos de cáncer de mama en mujeres con riesgos de padecerlo.

Objetivos específicos:

- 1- Dar a conocer la definición de cáncer mamario.
- 2- Lograr que las participantes sean capaces de identificar los diferentes factores de riesgo del tumor maligno de la mama.
- 3- Enseñar la técnica correcta del auto examen de mama.
- 4- Brindar una panorámica general sobre la enfermedad.
- 5- Dar a conocer los medios diagnósticos.

Duración del curso: siete meses.

Fecha: marzo a octubre de 2016

Primer encuentro:

Presentación del programa, que las participantes se conozcan, explicar los objetivos y propósitos del mismo. Presentar el claustro de profesores, motivar la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas.

Tema: Introducción al programa educativo.

Introducción: se realizó por parte del autor la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: "Presentación Cruzada", esta consistió en indicar al grupo que intercambiara información de pareja durante 3 ó 4min, luego cada miembro de la pareja presentó en plenario al otro integrante de la misma.

Actividad Principal: se enunciaron los temas relacionados con la investigación, se dieron a conocer los objetivos, etapas, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos.

Cierre: Breve resumen de la labor realizada y se precisa cuándo será el próximo encuentro.

Duración: 60 minutos

Método de enseñanza: Taller.

Medios: Humanos.

Segundo encuentro:

Tema I: Generalidades sobre cáncer mamario.

Objetivo: Caracterizar la mama y su relevancia como órgano funcional y estético.

Desarrollo: Se impartió el tema usando la técnica de torbellino de ideas, se discutieron cada una de ellas, y fueron seleccionadas las acertadas, reafirmando los conceptos por el autor.

Duración: 60 minutos

Método de enseñanza: taller.

Medios: Humanos y material didáctico (laminario).

Tercer encuentro:

Tema I: Generalidades sobre cáncer mamario: Conceptualización y características clínicas del cáncer de mama. (Continuación).

Objetivo: Definir el cáncer de mama y explicar aspectos clínicos del mismo.

Introducción: se explicaron el concepto y las principales características clínicas del cáncer de mama, haciendo énfasis en su definición.

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

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.

Duración: 60 minutos

Método de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos, pancarta de cartulina, bolo, pelota y material de oficina.

Cuarto encuentro:

Tema II: Factores de riesgo

Objetivo: Explicar los factores de riesgos que pueden influir en la aparición del cáncer de mama.

Introducción: se explicaron los principales factores de riesgo del cáncer de mama, haciendo énfasis en aquellos grupos más vulnerables de presentarlos y cómo prevenirlos.

Desarrollo: Se realizó un breve recordatorio del tema anterior. La actividad principal se inició con una exposición del tema moderada por el autor 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 que ellas consideraban de riesgo, los cuales se escribieron por un moderador en la pizarra, al finalizar el autor expuso cuales serían los más importantes.

Cierre: se aplicó la técnica: temores y esperanza, que consistió en que cada una de las participantes expusieran sus temores y esperanzas sobre el tema tratado, lo cual fue seguido de un resumen de aquellos que se consideraron los principales factores que fueron debatidos.

Duración: 60 minutos

Método de enseñanza: Taller.

Medios: Humanos, pizarra y tizas.

Quito encuentro:

Tema II: Factores de riesgo. (Continuación)

Desarrollo: se proyectó una película “callejón sin salida” que narraba la historia de una paciente con cáncer y posteriormente se realizó un debate sobre el tema

Duración: 120 minutos.

Método de enseñanza: Cine debate

Medios: TV y DVD.

Sexto encuentro:

Tema III: Panorama mundial, nacional y local sobre el cáncer de mama.

Objetivo: Conocer el comportamiento global nacional y regional estadísticamente.

Introducción: se citaron las principales estadísticas del cáncer de mama.

Desarrollo: Se realizó un breve recordatorio del tema anterior. La actividad principal se inició con una conferencia por parte del autor de la investigación, sobre las estadísticas internacionales, se hace énfasis en la frecuencia de esta neoplasia en la población femenina cubana y se citaron algunas estadísticas locales.

Método de enseñanza: conferencia.

Duración: 60 minutos.

Medios: Humanos, pizarra y tizas.

Séptimo encuentro:

Tema IV: Autoexamen de mama, importancia, frecuencia y técnica.

Objetivos: Demostrar cómo realizarse el autoexamen de mama, técnica y frecuencia. Explicar su importancia para el diagnóstico precoz.

Introducción: se realizó una explicación sobre la importancia del autoexamen de mama en el diagnóstico precoz del cáncer mamario, y la técnica correcta de realizarlo.

Desarrollo: Se realizó un breve recordatorio del tema anterior. La actividad principal se inició con una exposición por parte del autor de la investigación, donde se explicó la técnica correcta de realizar el autoexamen de mama, así como su frecuencia, luego a través de la técnica participativa lluvia de ideas, se le solicitó a las pacientes que mencionaran los pasos para la realización de la técnica, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra, al finalizar el autor expuso nuevamente la técnica correcta y realizó una demostración práctica.

Método de enseñanza: Taller.

Duración: 60 minutos.

Medios: Humanos, pizarra y tizas.

Octavo encuentro:

Tema IV (continuación): Autoexamen de mama.

Introducción: se realizó un recordatorio sobre la importancia del autoexamen de mama en el diagnóstico precoz del cáncer mamario y la técnica.

Desarrollo: Para lograr la motivación en este encuentro, se seleccionaron algunas de las participantes que de forma voluntaria quisieran relatar una fábula. La actividad principal consistió en entregarles a las alumnas de forma mimeografiada una situación, que simuló un problema de salud relacionado con el tema, para que lo lean y analicen tratando de relacionarlo con situaciones reales conocidas por ellas, y se les pide que hagan una demostración práctica del autoexamen de las mamas. Se tuvo en cuenta que ya conocían la técnica. Posteriormente se realizó una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada subgrupo. La técnica fue escrita en la pizarra, lo que permitió al final de la clase establecer un debate que

involucró a todas las participantes, dirigido por el moderador, quien enfatizó en la técnica correcta del auto examen de mama y su realización periódica.

Cierre: Se aplicó la técnica de “La Papa Caliente”, se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tenía en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, quien tenía el preservativo debía explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta que siempre fue en relación con la técnica, si la respuesta no fue correcta se corrige en el grupo y se entrega otro preservativo, prolongándose el juego hasta que se terminen las preguntas. Finalmente se realiza una demostración práctica nuevamente, esta vez por del autor, para reiterar la técnica correcta. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Método de enseñanza: Clase práctica.

Duración: 60 minutos.

Medios de enseñanza: preservativos, pizarra, tizas y material mimeografiado.

Noveno encuentro:

Tema V: Estudios y tecnología de punta en el diagnóstico de certeza del cáncer mamario.

Objetivo: Conocer diferentes medios diagnósticos con que se dispone en la actualidad para el diagnóstico de certeza del tumor maligno del seno.

Desarrollo: Se ofreció una conferencia sobre el tema.

Duración: 60 minutos.

Medios de enseñanza: Pizarra y tizas.

Décimo encuentro:

Tema VI: Recapitulación de los temas tratados.

Objetivos: Comprobar los conocimientos adquiridos.

Desarrollo: Se realizó una breve recapitulación de los temas tratados en los encuentros anteriores, y se comprobaron los conocimientos adquiridos mediante técnicas participativas y preguntas directas. Se comunicó la fecha del próximo encuentro, que sería 12 semanas

después de este último encuentro y se les explicó que ese día se les aplicaría un test para comprobar si habían adquirido los conocimientos suficientes sobre el cáncer de mama.

Décimo primer encuentro:

Objetivo: valoración del proceso educativo mediante el test de conocimiento. (Evaluación final)

Desarrollo: Se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Las respuestas fueron evaluadas según la escala de calificación establecida al efecto.

Duración: 60 minutos

III. Etapa de evaluación

En esta etapa se aplicó nuevamente la encuesta de conocimiento inicial por el autor de la investigación, encuestándose al 100% de las participantes, doce semanas después de concluida la última sesión de capacitación programada en la intervención, bajo los mismos criterios de aplicación y calificación que en la etapa diagnóstica y finalmente se evaluaron las modificaciones de los conocimientos antes y después de la intervención.

Técnicas y Procedimientos

De recolección de la información: mediante un formulario fueron recogidas las variables sociodemográficas, se revisaron las historias clínicas e historias de salud familiar, para seleccionar las mujeres con factores de riesgo y se aplicó una encuesta (cuestionario) para identificar los conocimientos que tenían las participantes antes y después de la intervención, cuyos resultados constituyeron la fuente primaria de datos, se realizó una revisión bibliográfica en los sitios disponibles en la biblioteca virtual de salud, LIS, Wikipedia, LILACS, entre otras, lo que permitió establecer comparaciones entre los resultados obtenidos por el autor y los de otros investigadores.

La investigación fue realizada según el cronograma propuesto en el protocolo de enero de 2016 a febrero de 2017, que incluyó la intervención, la cual se ejecutó teniendo en cuenta el calendario del programa educativo, donde quedaron establecidas los encuentros para las diferentes actividades, así como los recursos humanos y materiales necesarios para implementarlo en cada una de las etapas.

De análisis de la información: a la información obtenida en la encuesta de conocimiento se le realizó un análisis cualitativo y cuantitativo, para lo cual se utilizó el programa EXCEL. Las dos fases de estudio (antes y después de aplicado el programa educativo) fueron confrontadas, comparando los resultados y expresándolos en tablas en forma de por cientos.

Del procesamiento de la información: el procesamiento de la información incluyó el cálculo de medidas descriptivas para variables cualitativas y el promedio para las cuantitativas, lo cual se realizó utilizando el programa estadístico SPSS 11.0 para Windows, auxiliados por el tabulador electrónico

Microsoft Excel en una computadora portátil hp 1000. Como unidad de resumen se utilizaron los números absolutos y los porcentos (%).

De discusión y síntesis: se realizó una detallada descripción de cada cuadro estadístico, lo que permitió el análisis de los resultados obtenidos, comparándose con los hallazgos de otros autores. Se confeccionaron tablas y se emitieron conclusiones con la ayuda de los métodos antes mencionados.

Aspectos éticos

La investigación se realizó teniendo en cuenta los principios éticos y pautas elaboradas sobre investigaciones Biomédicas en seres humanos en el ámbito internacional, como el código de Núremberg de 1947, la declaración de Helsinki y otros documentos que norman las pautas internacionales para las investigaciones relacionadas con seres humanos, propuestas en 1982 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) y la Organización Mundial de Salud. Declaración de Helsinki. Guía de recomendaciones médicas para la investigación biomédica en humanos 2000. Edimburgo, Escocia.

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los pacientes.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos sobre la prueba los factores de riesgo del cáncer de mama y sensibilizar acerca del autoexamen de mama en las femeninas adultas y promover la realización de la misma.

Le estrategia educativa constó de 4 actividades que fueron impartidas una vez por semana en horario vespertino en un aula de la escuela primaria Manuel Sanguily.

Pprograma educativo para aplicar conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer mama y sobre la importancia del autoexamen de las mismas así sensibilizar a las mujeres adultas y promover prácticas de salud encaminadas a erradicar estilos educativos perjudiciales para la salud.

Tema 1: Adultas pero jóvenes alertas.

Sumario:

- 1 -Presentación de los coordinadores y los participantes.
- 2 -Expectativa de los participantes.
- 3 -Programa y metodología.
- 4 -Problemática de los pacientes.

Objetivos:

1. Introducción. Crear un medio de confianza e intimidad.
2. Valorar las necesidades grupales y las expectativas que promueve la actividad.
3. Presentar el programa y la metodología a seguir.

4. Proyectar lo problemática actual de los pacientes.

Tipo de Actividad: Dinámica grupal con debate de situación. “La escuela”

Recursos: Lápices y hojas.

Frecuencia: semanal.

Responsables: Doctora del área.

Participantes: Mujeres adultas.

Tema 2: Factores de riesgo, hábito de fumar.

Sumario:

1 – Informar sobre el estado actual de la enfermedad.

2 – Analizar los factores de riesgo del cáncer de mama y repercusión del hábito de fumar.

Objetivos:

Explicar los daños que ocasiona los factores de riesgo asociados a la enfermedad y el daño del tabaquismo para esta.

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Femeninas adultas.

Desarrollo: se trataron temas referidos al concepto de cáncer-de mama, los datos más relevantes con respecto a factores de riesgo y la influencia del tabaquismo en la incidencia de este flagelo.

Tema 3: Factores de riesgo, anticonceptivos orales.

Sumario:

1 – Valorar los principales factores de riesgo del cáncer de mama

2 – Evaluar el peligro que representa para la mujer la ingestión de anticonceptivos hormonales.

Objetivos:

Explicar los daños que ocasiona los factores de riesgo asociados a la enfermedad y el daño de los anticonceptivos hormonales.

Tipo de Actividad: Conferencia.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

Desarrollo: Se abordó la etiopatogenia del cáncer de mama, haciendo énfasis en los factores asociados a anticonceptivos hormonales.

Tema 4: Exploración mamaria

Sumario: pasos para la inspección.

Objetivo:

Insertar el examen de mama como una técnica de diagnóstico oportuna y necesaria.

Tipo de Actividad: Conferencia, juego de conocimientos. "Diagnóstico prematuro."

Recursos: Equipo de video

Frecuencia: Semanal.

Responsable: Doctora del área.

Participantes: Fémimas adultas.

Desarrollo: se realizó un debate en grupo sobre la importancia de la del examen de mama para evitar de manera precoz futuras complicaciones.

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

ANEXO IV

Comité de expertos

Encuesta

Estimado colega:

Usted ha sido seleccionado como posible experto para ser consultado respecto al tema "cáncer de mama". Se necesita como parte del método empírico de investigación "consulta a expertos" determinar su coeficiente de competencia en este tema. Por tal motivo, le pedimos que responda las siguientes preguntas de la forma más objetiva posible.

Gracias.

Pregunta 1**Datos del profesor:**

Nombre: _____	
Años de experiencia (trabajo, docencia)	
Especialidad:	
Título académico:	
Categoría docente.	
Grado científico.	

Pregunta 2

Marque con una "X" en la tabla siguiente, el valor que se corresponda con el grado de conocimiento que usted posee sobre el cáncer de mama. (Considere la escala que le mostramos de manera ascendente).

Autovaloración.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poco										

Pregunta 3

Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación, han tenido en su conocimiento sobre: el cáncer de mama; un problema actual de salud.

Fuentes del conocimiento.	Alta	Media	Baja
Análisis teóricos realizados por usted.			
Experiencia de trabajo.			
Trabajo de autores nacionales consultados.			
Trabajo de autores extranjeros consultados.			
Su propio conocimiento sobre el estado actual del problema en el extranjero.			
Su intuición			

	Aspectos	MA	BA	A	PA	I
1	La concepción teórica y práctica de la estrategia refleja los principios teóricos que la sustentan.					
2	La concepción estructural y metodológica de la estrategia permite una correcta asimilación de conocimientos teóricos y prácticos y favorece el cumplimiento de los objetivos trazados.					
3	Requerimientos técnicos, materiales y humanos para aplicar la estrategia educativa sobre nivel de conocimiento del cáncer mamario en las mujeres con algún riesgo de padecerlo.					
4	Aceptación de la estrategia, como solución al problema y posibilidades reales de su generalización a toda el área de salud.					
5	las actividades a desarrollar por las participantes y aridades de su adquisición de conocimientos y					
6	Contribución que realiza la estrategia educativa sobre la modificación de los conocimientos de las mujeres seleccionadas acerca de los factores de riesgo del cáncer de mama y el autoexamen mamario.					

Siempre que usted evalúe de “Poco Adecuado” (PA) o “Inadecuado” (I) algunos de los aspectos, agradeceríamos expresara sus ideas, criterios y sugerencias.

Aspecto _____

Aspecto _____

Aspecto _____

Para finalizar, queremos expresarle que sus criterios y opiniones se manejarán de forma anónima, además le agradecemos por anticipado su valiosa colaboración y estamos seguros que sus sugerencias y señalamientos críticos contribuirán a perfeccionar la estrategia educativa sobre la modificación de los conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de mama y el autoexamen mamario en mujeres con riesgo de padecer esta enfermedad maligna.

Muchas gracias.