

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE
“DIEGO DEL ROSARIO”

TÍTULO: Programa educativo sobre cáncer de mama en hombres para elevar conocimientos sobre el autoexamen de mama.

(TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL)

AUTOR: Dra. Zuley Gisela Huerta Albañez.

MORÓN, 2017.

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE
“DIEGO DEL ROSARIO”

TÍTULO: Programa educativo sobre cáncer de mama en hombres para elevar conocimientos sobre el autoexamen de mama.

(TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL)

AUTOR: Dra. Zuley Gisela Huerta Albañez. Residente de Medicina General Integral.

TUTOR: Lic. Carlos Vladimir Morales Más. Master en Ciencias de la Educación Superior. Profesor Auxiliar.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Centro de Promoción de Salud, Higiene y Epidemiología.

Morón, 2017

ÍNDICE.

	P á g i n a s
INTRODUCCIÓN	1 - 5
MARCO TEÓRICO	6 - 22
MATERIALES Y MÉTODOS	23 - 26
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27 - 34
CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36 - 39
ANEXOS	

DEDICATORIA

Inicialmente a dios nuestro señor quien me dio la fortaleza para seguir adelante y encarar las adversidades que se presentaban.

A mis padres: Nereyda Albañez y Alfonso Huerta porque por ellos soy lo que soy. Por su apoyo, consejos, palabras de aliento y amor en los momentos difíciles, por los sacrificios hechos para darme los recursos para que pudiera realizar mis metas, por creer en mí incluso cuando yo misma dejaba de hacerlo.

A mi hermano, el cómplice de mi vida, quien siempre me motivo a seguir adelante y me contagiaba de su alegría y optimismo en los momentos más duros.

A mis tías Elsa, Marisol y Erika grandes mujeres y profesionistas quienes siempre me aconsejaron con amor y paciencia, Tía Mirtha gracias por compartirme su experiencia siempre ha sido de gran ayuda.

En memoria de mi otra madre, mi abuela Socorro Lucero quien me inspiro a ser mejor y guía mis pasos desde donde está.

Gracias infinitas a todos.

A G R A D E C I M I E N T O S

Al eterno comandante en jefe de la revolución cubana, Fidel Castro quien tuvo iniciativa de crear el Proyecto de la Escuela latinoamericana de Medicina (ELAM) para formar médicos de ciencia y conciencia para Latinoamérica y el mundo.

A las instituciones que me apoyaron con la beca para lograr mi sueño.

A mi tutor, el M Sc. Vladimir Morales Más. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

Al colectivo de profesores de la ELAM y de la facultad "Areley Hernández" por su atención y amabilidad en todo lo referente a mi vida universitaria pues sus consejos, conocimientos y experiencia me formaron como profesional de la salud y enriquecieron mi persona.

Al personal de docencia y asistencia médica del policlínico universitario docente "Diego del Rosario" quienes me orientaron para crecer profesionalmente y formarme como un buen especialista.

A la Lic. Cecilia Alonso, mi enfermera y amiga sin cuya colaboración estos años de trabajo hubieran resultado largos y complicados, menos ricos y entretenidos. Gracias por sus consejos y buen humor ante cualquier circunstancia.

Al Dr. Marco A. Gallo Ponce por ser parte de mi familia, un gran compañero, amigo y un gran colega que siempre me apoyo para ser mejor persona y no darme por vencida.

A la Dra. Ilsa Marty Jiménez por su paciencia, dedicación, criterio, experiencia y aliento en la etapa de correcciones finales donde hizo fácil lo difícil.

Al pueblo cubano y todas las personas que, de una manera u otra han sido claves en mi vida profesional, y por extensión en lo profesional. A mis colegas y amigos del alma del presente y del pasado, en especial a Álvaro Robles, Eliu Esparza, Sindy López, Kassandra Hernández y Jenny Fernández quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos y me acompañaron en las alegrías y tristezas y a todas aquellas personas quienes en estos ocho años estuvieron a mi lado apoyándome para que este sueño sea hoy una realidad.

RESUMEN

Se realizó un estudio preexperimental de tipo antes y después con el objetivo de implementar un programa educativo sobre cáncer de mama dirigido a los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón que contribuya a elevar el conocimiento sobre el autoexamen de mama. En el diagnóstico inicial se demostró desconocimiento casi total de lo relacionado con el cáncer de mama en hombre corroborado a través de los instrumentos aplicados, el desconocimiento de signos y síntomas, factores de riesgo, realización del autoexamen y baja percepción del riesgo al no reconocer que es el cáncer de mama una enfermedad que afecta al hombre. El diagnóstico final corroboró que los hombres incrementaron los conocimientos, actitudes y prácticas independientemente de la necesidad de seguir trabajando este a largo plazo y se comprobó la hipótesis estadística que corroboró la efectividad del programa educativo al aceptarse que $H_1: P \text{ antes} \neq P \text{ después}$, lo que demuestra que existen diferencia en el comportamientos responsables ante el autoexamen de mama en hombres.

Palabras claves: Cáncer de mama en hombres, Programa Educativo.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama no es muy frecuente en el hombre y no es muy conocido ni por el paciente ni por los médicos. Por esta razón su diagnóstico muchas veces es tardío. El tratamiento no ofrece buenos resultados, si la enfermedad ya estuviera en estado avanzado. Es preciso divulgar que el cáncer mamario también ocurre en el hombre y que las características generales son iguales a las del cáncer femenino. El tratamiento quirúrgico puede tener buenos resultados cuando el diagnóstico es precoz. ⁽¹⁻⁴⁾

Siendo el cáncer de mama la neoplasia más frecuente en la mujer, en el hombre es rara pues no representa más del 0,7 - 1 % de todos los cánceres en los hombres. ^(1,3-8)

Hay discrepancias en cuanto a considerarlo de similar pronóstico al de la mujer o más agresivo. ^(4,10)

Algunos autores defienden la teoría de que el cáncer de mama en los hombres se trata de una enfermedad diferente al cáncer de mama en la mujer, ^(4,8) e incluso hay quien trata de demostrar que se trata de un tumor metastásicos de un carcinoma de próstata. ^(3,10)

Mientras que en la mujer se han hecho infinidad de estudios epidemiológicos y screening para el diagnóstico precoz, en el hombre no se conocen estudios de este tipo, lo que hace interesante cualquier aportación de series que estudien los diferentes factores que pueden relacionarse con la incidencia y pronóstico de estos tumores. ⁽⁶⁾

El carcinoma de mama en el hombre es una afección rara; series cortas se publican en la literatura y es la serie personal más importante la publicada por Salvadori de 170 casos; el resto se trata de estudios multicéntricos. ^(1, 11, 12)

La ginecomastia para algunos autores ^(7, 13) es uno de los principales factores de retraso en la consulta y por tanto el peor pronóstico que para algunos tiene el carcinoma de mama en el sexo masculino respecto al femenino.

El cáncer de mama masculino, por las características de su invasión temprana y difusa de ganglios linfáticos, tiene peor pronóstico que el de la mujer; en general

ocurre en edad más avanzada; la edad media en el diagnóstico es 10 años más en el hombre que en mujeres. Probablemente porque el tejido mamario es más escaso en hombres que en las mujeres, los tumores de la mama incluyen más comúnmente el músculo pectoral mayor. La demora en el diagnóstico también debe contribuir para las manifestaciones más avanzadas del cáncer de mama en el hombre. (5, 9, 14-17)

Los antecedentes epidemiológicos encontrados sobre el Cáncer de Mama en Hombres (CMH) a nivel internacional, corresponden a datos limitados y diversos, debido principalmente a lo poco frecuente de la enfermedad, las variaciones epidemiológicas según raza y a situaciones endémicas específicas; tales el caso de los hombres judíos Ashkenazis, familias judías provenientes de Europa Central y Oriental, en los que la incidencia es de 2-3/100.000 hombres, también están los hombres europeos, que presentan índices de 1/100.000, los japoneses con solo 4-5/1.000.000; y el caso puntual de los africanos, en donde Uganda y Zambia presentan una incidencia anual del 5/100 y 15/100 hombres respectivamente, esto dado por la alta prevalencia de hepatitis B y C en su población, donde la falla hepática subsecuente sería la causal de un hiperestrogenismo secundario en ellos. (3-4)

La edad de presentación referida en los diversos estudios fluctúa entre los 60 y 71 años de edad; sobre el 40% de los casos se diagnostica ya en estadio III o IV. El principal motivo de consulta sigue siendo en su gran mayoría una "masa palpable no dolorosa", asociado o no a ginecomastia previa; el motivo de la demora para el momento de la primera consulta es en general el desconocimiento de la enfermedad y los prejuicios al respecto; lo que significa un diagnóstico tardío, en pacientes portadores de un mayor número de comorbilidades y contraindicaciones médicas para poder efectuar el tratamiento correspondiente. (3-5).

Son ampliamente conocidas las mutaciones de los genes BRCA 1 y BRCA2 como factores de riesgo relacionados con la aparición del cáncer de mamas tanto en hombres como mujeres. Para las familias de alto riesgo, el BRCA2 se encuentra presente en un 60% de los casos, y el BRCA1 lo hace en un 10%, sin embargo, ésta no es una constante, ya que la presencia de estas alteraciones asociadas al cáncer

de ovario y de mama, va a variar extremadamente entre distintas poblaciones raciales y grupos étnicos, con fluctuaciones desde un 4 a un 40% entre ellas, razón que explicaría por qué no todos aquellos pacientes con la enfermedad diagnosticada o sus familiares, son portadores de dichas mutaciones. ⁽⁴⁻¹²⁾

En los Estados Unidos, se estudiaron a 1.939 familias con historia de cáncer de mama (más de un miembro por familia con la enfermedad diagnosticada), de los cuales 97 pacientes eran hombres. A través del estudio genético de las cohortes, se pudo encontrar que el Riesgo Acumulado (RA) para desarrollar el cáncer era mayor en aquellos hombres que presentaban alterado el BRCA1 y el BRCA2 al comparar con los que no portaban la mutación. ⁽¹³⁾

Los criterios actuales mundialmente aceptados para realizar el estudio genético son ⁽¹⁵⁾:

1. Hombres con cáncer que tengan historia familiar de cáncer de mama u ovario, en familiares de 1ra y 2da línea, diagnosticados antes de los 50 años.
2. Hombres con diagnóstico de cáncer de mama independientemente de su historia familiar.
3. Hombres con diagnóstico de cáncer de próstata que tienen historia familiar de cáncer de mama u ovario en familiares de 1ra y 2da línea, diagnosticados antes de los 50 años.
4. Hombres judíos/Ashkenazis, portadores de alteraciones BRCA en 2,5% de los casos.

Se puede deducir de todo ello, que el peor pronóstico que se le achaca al carcinoma de mama en el varón ^(7, 27) no es sino la consecuencia de diagnósticos más tardíos, y es de similar pronóstico al femenino cuando se tratan similares estadios. ^(9, 18,24)

La sobrevida de 5 años en más de 80 % de hombres tratados con terapia adyuvante parece una significativa mejora con relación a controles históricos. ^(22, 28)

En la actualidad los hombres como ya se ha descrito por el desconocimiento llegan tarde a consulta, por otro lado la multiplicidad de factores de riesgo que lo originan y que están latentes en la actualidad ⁽²⁹⁾, hacen necesario que se trabaje con hombres supuestamente sanos y en las edades más susceptibles al padecimiento ⁽³¹⁾, también

el reporte de casos en Cuba y el mundo parece ser muy baja porque siempre el diagnóstico aparece después de otra enfermedad de base que lo origina que al final es la que se diagnostica ⁽³⁹⁾.

En el área de salud del CMF #20 del Policlínico Norte, 103 pacientes del sexo masculino tienen un factor de riesgo en común en desarrollar el cáncer de mama. La población, carecen de conocimientos sobre la técnica del autoexamen de mama siendo una de las causas, los tabúes impuestos por la sociedad, a partir de su género.

Ante esta problemática se precisa el siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir a comportamientos responsables ante el autoexamen de mama en los hombres?

Como **objeto** de la investigación se acota educación para la salud y como **campo** el autoexamen de mama en los hombres.

Esta investigación es **novedosa** porque por primera vez se trata de fomentar, en los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón, conocimientos sobre el autoexamen de mama.

La investigación define los siguientes **objetivos**:

Objetivo General:

Implementar un programa educativo sobre cáncer de mama dirigido a los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón que contribuya a elevar el conocimiento sobre el autoexamen de mama.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos y metodológicos sobre el cáncer de mama y el autoexamen en los hombres.
2. Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón sobre el autoexamen de mama.
3. Diseñar un programa educativo sobre cáncer de mama que contribuya a elevar el nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama.
4. Aplicar el programa educativo sobre cáncer de mama en los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón.

5. Evaluar los resultados del programa educativo sobre cáncer de mama implementado.

Como **hipótesis** científica se acota:

Si se implementa un programa educativo sobre cáncer de mama dirigido a los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón entonces se contribuirá a elevar el nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama

MARCO TEÓRICO

La intervención comunitaria en salud.

La comunicación es una de las maneras que utilizan los seres humanos para relacionarse entre sí, facilita la convivencia de las comunidades, por lo que significa un elemento positivo y elemental de la vida. Se determina como el proceso que involucra el establecimiento de enlaces interpersonales así como las actividades diseñadas para informar al público en general de cualquier evento a través de los medios de comunicación masiva impersonales, Valdespino F. (2005).

La participación de los actores sociales como parte de los enlaces interpersonales, se ha convertido en el último tiempo en un factor decisivo para el logro de los cambios que a este nivel se pretenden alcanzar. En Cuba esta participación se hace imprescindible desde el mismo comienzo de una intervención a estos niveles, desde los distintos agentes comunitarios se logra la obtención de la información necesaria, mediando en este proceso de intervención la eficacia de la comunicación social que estos sean capaces de poner en práctica.

En las comunidades la comunicación adquiere además otra connotación muy significativa y es la de ser una herramienta que permita empoderar a los individuos y comunidades, de conocimientos y habilidades para mejorar y cambiar sus estilos de vida, entiéndase esto en su sentido más amplio, como la búsqueda de un estado de bienestar social, psicológico y físico que deben tener todas las personas. ⁽⁶⁾

Por lo tanto, el habilitarlos supone el intercambio de información y conocimientos como base esencial, así como, modelos para un comportamiento que facilite la adopción de patrones de conductas responsables consigo mismo y hacia los demás.

La comunicación por tanto, en manos de los actores sociales en una comunidad es una herramienta importante y poderosa para contribuir al logro de estos propósitos, se define como la comunicación en el sentido más amplio, agrupando nuevos canales y medios, trascendiendo los programas educativos tradicionales y logra como objetivo educar, informar, convencer y explicar así como de escuchar, debe lograr la movilización de la opinión pública, la participación social y la promoción de acciones y actividades que impliquen a todos los miembros de la comunidad por igual. ^(11,19)

La intervención comunitaria está planificada para modificar comportamientos, desarrollar actitudes y factores ambientales, entre otros, que directa o indirectamente promuevan bienestar a partir de una elevación de la calidad de vida de los implicados. Son las ciencias sociales las que le aportan los métodos y medios para la investigación para encontrar respuestas a los procederes de las personas, discerniendo entre lo que se necesita conocer para planificar acciones y estrategias de intervención para llegar a las personas y ejercer un efecto positivo. ^(23,29,31)

El llegar a un diagnóstico comunitario implica realizar la caracterización de diferentes aspectos entre los que se encuentran, las condiciones de vida, las migraciones, la situación con los recursos laborales, la salud sexual y reproductiva, los bienes y servicios con que se cuentan, la organización interna de la comunidad objeto de estudio, para ello los agentes comunitarios desempeñan un papel imprescindible en la comunicación de la información necesaria.

En la actualidad el municipio de Morón desarrolla a través del gobierno local acciones que integran a todos los agentes comunitarios para el logro de cambios positivo en la vida de las comunidades.

En la comunicación comunitaria confluyen dos componentes por un lado el educativo, que posibilita procesos de aprendizajes en las personas y, por otro lado el político, que toma en cuenta su aspecto ideológico y su posibilidad transformadora. Para lograr esto, se fortalece la idea de generar políticas colectivas que recuperen la historia de una comunidad, su memoria y sus huellas.

Con el surgimiento de la existencia humana desde hace muchos milenios aparece la comunicación. Con el decursar del tiempo surgió la necesidad de contar con formas más efectivas para establecer una relación más estrecha unos con otros y de manera más eficaz se llega al lenguaje hablado, al uso de la palabra como el medio más importante de la comunicación mediante el cual se desarrolla y materializa su pensamiento. Por ello se puede decir que comunicación es un proceso esencial de toda actividad humana. ⁽³³⁾

Conforme el tiempo avanza, se va modificando y se vuelve más exigente las formas de comunicación, para hacer más comprensibles y eficientes las relaciones entre los hombres. La comunicación representa una forma de interrelación humana, en ella se expresan como los hombres interactúan y a su vez constituyen una vía para la interacción. Como forma de interrelación humana no puede verse el margen de la actividad de los mismos y está condicionada por el lugar que ocupa el hombre dentro del sistema de relaciones sociales.

La comunicación constituye una necesidad en cualquier ámbito de la vida socialmente organizada; entendiéndose entonces que la comunicación es un proceso por medio del cual emisores y receptores de mensajes interactúan en un contexto social dado (Villareal, 1996), citado por Alonso (2004), el contexto social del que habla en la comunicación, incluye el status de los habitantes, el lugar en donde se desarrolla el diálogo y el marco social general en que se ubican los interlocutores; se debe de entender también que a lo que se enfrenta diariamente en el proceso comunicativo, no solo es el contexto donde se comunica, sino también a la experiencia del receptor y del emisor y las experiencia de unos con respecto a los otros.

Las formas comunicativas que el hombre conserva más primitivas como el señalamiento con las extremidades, el gesto de llamado y el rechazo, son formas que el hombre a pesar de su evolución sigue conservando y no las ha podido sustituir por otras.

La comunicación, es otra palabra también amplia, por su significado y su campo de acción. Poco a poco, el termino comunicación va tomando forma en otras áreas como las científicas, el comercio, la construcción de caminos.

En el siglo XVII la comunicación se interpreta como transmisión y medios de comunicación, perdiendo el sentido original de la palabra (participar-compartir). Desde este momento el estudio de la comunicación se asigna, principalmente, al estudio de la transmisión de información, a través de los medios de comunicación. ^(37,38)

Existen diferentes exponentes sobre el tema de la comunicación en general y cada quien define el concepto de acuerdo al momento y corriente en que se sitúa, teniendo todos un punto de coincidencia en común, como se puede verificar en las exposiciones que siguen a continuación.

En su retórica Aristóteles dijo: Tenemos que considerar los componentes de la comunicación que son, el orador y el discurso. El orador es la persona que habla, el discurso es el mensaje y el auditorio son las personas que escuchan.

En las definiciones que se presentan a continuación se hace referencia a la comunicación en el sentido amplio, incluye cualquier situación en la que se establezca una comunidad, en que se haga común alguna propiedad entre un número mayor o menor de cosas.

La comunicación es: un acto de relación entre dos o más sujetos, mediante el cual se evoca en común un significado. ⁽⁴⁰⁾ De acuerdo a esto, se puede decir que si no existe un mínimo de sentido comprensible para los sujetos, no puede existir la comunicación en sí.

La comunicación requiere condiciones tales como que el emisor se exprese con claridad, que sea comprensible lo que dice y que el receptor escuche sin dificultad. La comunicación humana se basa en dos momentos, que son: hablar y escuchar, dependiendo más de la comunicación oral, que tiene su base en la expresión verbal, por lo tanto se considera como la actividad fundamental de todo ser humano.

Existiendo otras formas de comunicación, como la corporal, la escrita, esto depende por lo regular del canal que se use. ^(2, 11, 17,19)

El intercambio de información que se materializa en la comunicación es la esencia de los procesos conscientes, también enriquecen la teoría de los procesos. La comunicación es un proceso mediante el cual los sujetos se relacionan entre sí. Las relaciones del hombre con el mundo circulante se establecen, durante el proceso a través de una permanente comunicación, mediante el lenguaje. ^(21,17)

El hombre, al comunicarse con otros, es expresión no solo de su personalidad, de su conciencia individual, sino también es expresión del lugar que ocupa en la sociedad, es portador de valores y elementos de la conciencia social. ⁽¹³⁾

La comunicación está presente en la acción popular, pues los hombres de hoy no constituyen receptores pasivos, sino que exigen su participación en los procesos comunicativos. Los sectores populares no quieren continuar siendo meros oyentes, ellos también quieren ser escuchados, a partir de esto se ha comenzado a abrirse paso a una comunicación de base, popular, comunitaria y democrática. La comunidad es el espacio en que se desenvuelven las relaciones comunicativas entre los seres humanos; es preciso establecer una definición de comunidad para comprender mejor los procesos que se desarrollan en la misma.

Las comunidades tienen un origen tan o más antiguo que el hombre, si se tiene en cuenta a los animales. ^(12,17)

La relación hombre – comunidad, en la actualidad, se encuentra en fase reconstructiva, de interacción y acercamiento positivo, manifestándose en tres niveles:

- ✓ El nivel sociocultural: el hombre busca la existencia sencilla, sana, tranquila para comunicarse en la armonía.
- ✓ El nivel político: varios países han dado pasos de reorientación hacia las comunidades.
- ✓ El nivel científico: estos temas se han comenzado a tratar en disciplinas como la psicología, la sociología y la medicina ^(19,23,28)

- ✓ Del nivel político: se pretende asociar a la participación de los habitantes de las comunidades a tener una participación activa en función de solucionar sus propios problemas, en ocasiones el estado es quien debe solucionarlos, pero muchas veces la situación se resuelve con sus propios habitantes.

Por lo general los tres niveles se entrelazan en los hechos de cada comunidad, donde no se identifican por separados, sino como un todo.

La comunicación asume un rol protagónico; su enfoque es sinérgico y generalmente la dirección de esta está estrechamente vinculada a los procesos comunitarios, de esta forma se logra un equilibrado uso tanto de canales formales como informales, balance en la producción de mensajes de todo tipo, tanto vinculados a tareas como a aspectos humanos, flujos de comunicación descendente, ascendente, horizontal y transversal, donde todos los eslabones están interrelacionados entre sí y se garantiza la retroalimentación, pues cualquier deficiencia en uno de los elementos del sistema afecta al resto, de ahí que estos referentes sean utilizados para la protección del medio ambiente.

El sistema de comunicación se reconoce como fuerza central de enlace entre los diferentes subsistemas de la comunidad. De esta manera, es necesario incorporar una concepción coherente integrada y planificada de la comunicación que condicione el aumento de los niveles de conocimiento motivación y participación de los miembros de la comunidad y acreciente adecuadamente el sistema de comunicación comunitaria.

Asignar a la comunicación la importancia que tiene con acciones concretas como la realización de estudios diagnósticos y la implementación de programas diseñados con un enfoque multidisciplinario disminuirá la improvisación y la descoordinación, lo cual permitirá ganar tiempo y economizar esfuerzos, recursos para lograr mejores resultados como en la protección del medio ambiente.

La comunicación desempeña una función esencial y puede ser efectiva, comunicarse con eficiencia sobre diversos temas en general constituye una tarea difícil, la información es a menudo compleja y técnica, suele ser polémica, contradictoria y a su vez movilizativa, mediatizada con normas culturales, valores y tradiciones que en

muchas ocasiones puede funcionar como barreras o facilitar el proceso comunicativo, tal es el caso de los estudios efectuados en función de proteger el medio ambiente.

Un elemento importante para el éxito de este propósito medioambiental es el fenómeno comunicacional, elemento estrechamente vinculado a la existencia del hombre y a su supervivencia como ser social, que ha facilitado en el desarrollo de la vida humana la interrelación de éste en agrupaciones, comunidades y en la sociedad en general, constituyendo un factor dinamizador y enriquecedor de la vida espiritual de los hombres.

La comunicación ayuda a los miembros de la comunidad a lograr las metas individuales y colectivas, al permitirles interpretar el cambio de la colectividad y finalmente apreciar el progreso de esta y el cumplimiento de sus necesidades personales con el logro de sus responsabilidades evolutivas en la sociedad.

La comunicación comunitaria, tiene como objetivo la transformación social a partir de la participación que genera la organización popular.

La comunicación comunitaria se define como un proceso que implica un esfuerzo para darle sentido a los códigos de comunicación que circulan en un barrio y que cobran significación a través de los sentimientos que transmiten las personas que en él habitan, logrando a través de este proceso conocerse entre vecinos/a, intercambiar inquietudes para finalmente organizarse y llevar a cabo lo que es beneficioso para el barrio. ^(23,25)

La comunicación comunitaria puede ser entendida como una herramienta poderosa de la organización popular. Teniendo como objetivos concretos: movilizar, organizar a la comunidad, apoyar la acción popular, estimular la participación del barrio. Se sabe que en la actualidad los medios masivos tienen gran influencia, por la extensión de la televisión, los multimedia interactivos y las redes satelitales.

Por todo esto, se puede pensar en las experiencias de comunicación comunitaria como una gran herramienta para poder anteponer otra palabra a estas estigmatizaciones. Poder contarle a la sociedad lo que hacen las organizaciones,

poder hablar de la gran necesidad que constituye hoy la protección del medioambiente, poder hacer visible sus preocupaciones, intenciones y acciones.

En oposición a los medios masivos, los objetivos y contenidos de la comunicación comunitaria apuntan a que los mensajes sean herramientas para movilizar y comprometer a los vecinos/as, y generar procesos de aprendizaje que promuevan acciones transformadoras en la comunidad.

Los medios comunitarios, apuntan a la construcción de un "nosotros" fomentando la participación de las comunidades, intentando abrir canales para la expresión y circulación de la palabra, generando procesos de fortalecimiento de las relaciones entre las personas del barrio. Para lograr esto es importante que las personas del barrio se informen, a través de afiches, folletos, pero sobre todo, abriendo sus posibilidades de acceso a la organización para interiorizarse sobre los temas que les importan. Lograr, descubrir los "por qué" y los "para qué" de los acontecimientos (a través de talleres, debates), que no permanezcan indiferentes a los problemas de los otros para incluirse en lo comunitario desde la solidaridad.

También, que puedan generar su propia información de acuerdo a lo que les pasa y sienten, que se puedan expresar y tomar decisiones en relación a lo que se comunica y a como se comunica.

La idea de la comunicación comunitaria (que engloba los conceptos de acceso y de participación a través de los medios de comunicación obedece al interés por el papel que podría desempeñar el individuo en la configuración de su propio entorno sociopolítico, económico y cultural, ^(15, 19,33)

Los medios de comunicación comunitaria: proporcionan a los individuos un acceso a las situaciones nacional e internacional; pueden superar algunos de los problemas de la determinación del orden de prioridad, y pueden ser un instrumento gracias al cual la gente estudie las distintas prioridades con los órganos centrales de planificación y con los habitantes de otras regiones; pueden constituir también la espina dorsal de un dispositivo horizontal de adopción de decisiones, acelerando los debates, las sugerencias y las decisiones; pueden ser un medio gracias al cual la retro

información sobre las decisiones vaya de la periferia al centro y viceversa; pueden convertirse en una plataforma de nuevas ideas y aportaciones de la población local. En la sociedad es preciso desarrollar un trabajo comunitario que sea capaz de incidir en los individuos para que puedan modificar o cambiar sus conductas, pensamientos o valores, además los actores comunitarios son los encargados de desarrollar estos aspectos mencionados, a través de diferentes instrumentos y métodos que sean capaces de aplicar.

En estos procesos que se desarrollan en la comunidad diferentes autores e investigadores como Freire (1984) y Kaplun (2000) han planteado disímiles modelos que explican la comunicación, ellos son:

- ✓ Modelo de los contenidos.
- ✓ Modelo de los efectos.
- ✓ Modelo de los procesos.

Este último hace énfasis en los procesos que se desarrollan en la comunidad, donde el educador y el educando se intercambian los roles, establecen diálogos, comparten experiencias, conocimientos y sentimientos, de esta manera transforman la sociedad en su conjunto, en ella se concibe la retroalimentación.

Paulo Freire, ha dicho "no más educadores y educandos si no educadores/educandos y educandos/educadores sino EMIRECS (es decir, emisores que continuamente asumen el rol de receptores, y viceversa) intercambiando mensajes en un ciclo bidireccional y permanente. "De aquí que se considere con certeza la contribución valedera del comunicador social a estos procesos comunicológicos. (37,38)

Se ha sugerido que la práctica de la comunicación comunitaria dependerá de la medida en la cual se acepten los conceptos de acceso y participación en cada contexto sociopolítico concreto. Las únicas limitaciones no son las trabas políticas derivadas de planteamientos ideológicos. También el acceso y la participación constituyen un desafío a las jerarquías tradicionales, es probable que ciertos grupos o personas influyentes opongan resistencia.

Dentro de las características del trabajo comunitario ⁽¹³⁾ explica que debe ser participativo, porque "Sólo con la incorporación mayoritaria de los miembros de la comunidad al proceso de transformación económica, y social de esta, puede ser efectiva la labor. La participación popular, con carácter activo y consciente, constituye el pilar fundamental sobre el que descansa el trabajo comunitario."

También parece interesante ubicarse en la función de un verdadero comunicador comunitario, el cual debe encaminar sus acciones siempre a originar, a provocar en los receptores de sus mensajes una re-creación del conocimiento, es decir, que no sólo lo reciba sino que haga con él algo productivo, una invención que pueda sentir suya y que no olvide jamás.

Dentro de la comunicación comunitaria en salud juega un papel el trabajo de la prevención de enfermedades cuestión esta que permite el empoderamiento de las personas ante diferentes problemas de salud, de ahí, que la prevención sea una vía de trabajo a través de la cual la comunicación adquiere una forma de expresión.

Prevención del Cáncer de mama en hombres.

El cáncer de mama masculina, por las características de su invasión temprana y difusa de ganglios linfáticos, tiene peor pronóstico que el de la mujer; en general ocurre en edad más avanzada; la edad media en el diagnóstico es 10 años más en el hombre que en mujeres. Probablemente porque el tejido mamario es más escaso en hombres que en las mujeres, los tumores de la mama incluyen más comúnmente el músculo pectoral mayor. La demora en el diagnóstico también debe contribuir para las manifestaciones más avanzadas del cáncer de mama en el hombre. ^(5, 9, 14-17)

Epidemiología

Los antecedentes epidemiológicos encontrados sobre el cáncer de mama en hombres (CMH) a nivel internacional, corresponden a datos limitados y diversos, debido principalmente a lo poco frecuente de la enfermedad, las variaciones epidemiológicas según raza y a situaciones endémicas específicas; tales el caso de los hombres judíos Ashkenazis, familias judías provenientes de Europa Central y Oriental, en los que la incidencia es de 2-3/100.000 hombres, también están los hombres europeos, que presentan índices de 1/100.000, los japoneses con solo 4-

5/1.000.000; y el caso puntual de los africanos, en donde Uganda y Zambia presentan una incidencia anual del 5/100 y 15/100 hombres respectivamente, esto dado por la alta prevalencia de hepatitis B y C en su población, donde la falla hepática subsecuente sería la causal de un hiperestrogenismo secundario en ellos. (3-4)

La edad de presentación referida en los diversos estudios fluctúa entre los 60 y 71 años de edad; sobre el 40% de los casos se diagnostica ya en estadio III o IV. El principal motivo de consulta sigue siendo en su gran mayoría una "masa palpable no dolorosa", asociado o no a ginecomastia previa; el motivo de la demora para el momento de la primera consulta es en general el desconocimiento de la enfermedad y los prejuicios al respecto; lo que significa un diagnóstico tardío, en pacientes portadores de un mayor número de comorbilidades y contraindicaciones médicas para poder efectuar el tratamiento correspondiente. (3-5)

Factores de riesgo

Al igual que en la mujer, los factores de riesgo con evidencia científicamente comprobada para el desarrollo de un cáncer de mama en el hombre son básicamente los desórdenes hormonales, los antecedentes familiares y las mutaciones de determinados genes predisponentes. Sin embargo en ellos existe además una gama de factores asociados que podrían tener cierta influencia en terminar desencadenando la enfermedad. (4)

Los desórdenes hormonales descritos, se refieren a un aumento de los niveles circulantes de estrógenos y/o una deficiencia en la síntesis o acción de la testosterona. Estas alteraciones pueden ser causadas por trastornos a nivel de la síntesis testicular de testosterona: orquitis, orquiectomías, testículo no descendido, hernia inguinal congénita y otros. (7)

El hiperestrogenismo se puede presentar en pacientes con daño hepático crónico, cirróticos, o pacientes usuarios de drogas hepatotóxicas en forma crónica, como metrotexato, amiodarona, carbamazepina, etc. (El daño hepático impide la inactivación de los estrógenos circulantes y disminuye la extracción hepática de androstendiona, la cual es sustrato para la síntesis de estrógenos. (7)

La lista de fármacos que pueden estar relacionados a la alza de estrógenos es extensa. Muchos medicamentos de uso frecuente son antagonistas de la testosterona, las drogas antineoplásicas pueden disminuir su síntesis por un efecto tóxico en las células de Leydig. La cimetidina y la espironolactona inhiben la unión de andrógenos a sus receptores. ⁽³⁻⁴⁾

Drogas de abuso como la marihuana y la heroína producen ginecomastia por mecanismos desconocidos. El alcohol disminuye la síntesis de testosterona y el número de receptores testiculares para gonadotropina. Los hombres obesos representan un doble riesgo, porque al tener una mayor aromatización periférica de andrógenos, sintetizan mayor cantidad de estrógenos circulantes. ⁽¹¹⁻¹³⁾

También deben ser tomados en cuenta, aquellos pacientes que consumen estrógenos exógenos en forma voluntaria como parte del tratamiento del cáncer de próstata o los transexuales. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

Histología familiar y personal

Registros actuales indican que el 20% de los hombres con cáncer de mamas, tienen antecedentes familiares de 1ra línea, lo que equivale a 2-3 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida y que además este riesgo se duplica exponencialmente con el número de familiares afectados. ⁽⁸⁻⁹⁾

El CHM se ha reportado en grupos familiares con historia de cáncer colorrectal hereditario no polipoide y en el síndrome de Cowden. Estos pacientes tienen un 30% de posibilidades de hacer un cáncer en la mama contralateral y altas probabilidades de desarrollar un 2^o tumor primario de tipo gastrointestinal, pancreático, prostático, y/o cáncer de piel del tipo melanocítico y no melanocítico. ⁽¹⁰⁾

Alteraciones genéticas

Son ampliamente conocidas las mutaciones de los genes BRCA 1 y BRCA2 como factores de riesgo relacionados con la aparición del cáncer de mamas tanto en hombres como mujeres. Para las familias de alto riesgo, el BRCA2 se encuentra presente en un 60% de los casos, y el BRCA1 lo hace en un 10%, sin embargo, ésta no es una constante, ya que la presencia de estas alteraciones asociadas al cáncer de ovario y de mama, va a variar extremadamente entre distintas poblaciones

raciales y grupos étnicos, con fluctuaciones desde un 4 a un 40% entre ellas, razón que explicaría por qué no todos aquellos pacientes con la enfermedad diagnosticada o sus familiares, son portadores de dichas mutaciones. ⁽⁴⁻¹²⁾

En Estados Unidos (USA), se estudiaron a 1.939 familias con historia de cáncer de mama (más de un miembro por familia con la enfermedad diagnosticada), de los cuales 97 pacientes eran hombres. A través del estudio genético de las cohortes, se pudo encontrar que el riesgo acumulado (RA) para desarrollar el cáncer era mayor en aquellos hombres que presentaban alterado el BRCA1 y el BRCA2 al comparar con aquellos hombres que no portaban la mutación. La edad promedio para la aparición de la neoplasia era alrededor de los 30 y 40 años, con un descenso progresivo a medida de que aumentaba la edad del grupo en estudio. Esta tendencia fue particularmente marcada en aquellos portadores del BRCA2, dado que el riesgo relativo (RR) a los 30 años era 22,3 veces mayor que a los 70 años. Durante la investigación, se observó que el RR para presentar CMH a los 70 años era de 1,2 en los que tenían la alteración en el BRCA1 y de 6,8 para los que la tenían en el BRCA2. Análisis que demuestra la importancia del estudio genético como factor de riesgo predictor del CMH en delimitados grupos (familias) de alto riesgo. ⁽¹³⁾

Los criterios actuales mundialmente aceptados para realizar el estudio genético son ⁽¹⁵⁾:

1. Hombres con cáncer que tengan historia familiar de cáncer de mama u ovario, en familiares de 1ra y 2da línea, diagnosticados antes de los 50 años.
2. Hombres con diagnóstico de cáncer de mama independientemente de su historia familiar.
3. Hombres con diagnóstico de cáncer de próstata que tienen historia familiar de cáncer de mama u ovario en familiares de 1ra y 2da línea, diagnosticados antes de los 50 años.
4. Hombres judíos/Ashkenazis, portadores de alteraciones BRCA en 2,5% de los casos.

HER2. Es un protooncogen identificado en las biopsias core o biopsias excisionales, cuya sobreexpresión por sí sola, no se asocia significativamente al cáncer de mama:

5% en hombre y 15% en mujeres. Sin embargo, la asociación del BRCA2 y el HER2 se relaciona a un mayor grado histológico y a una mayor agresividad tumoral.⁽¹⁵⁾

Diagnóstico

El diagnóstico se basa, al igual que en la mujer, principalmente en la mamografía y la BAAF, mientras que la primera con menor sensibilidad que en la mujer, la segunda con similar sensibilidad.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Histológicamente los tumores de mama en hombres son más comúnmente carcinomas ductales infiltrantes, de aspecto semejante a sus correspondientes en mujeres. Es curioso que el cáncer de mama en hombres en general contenga receptores de hormonas esteroideas. Nuestro estudio coincide con lo planteado por estudios nacionales y extranjeros referente a la variedad histológica.^(5-8, 16,18)

Pozo y colaboradores informan que 84% de los tumores que aparecen en las glándulas mamarias de hombres contienen receptores estrogénicos.^(7, 8, 10, 11, 14, 16, 18, 19, 20-22)

El tratamiento del carcinoma de mama en hombres depende del estadio y de la extensión local del tumor. En caso que esté incluido el músculo pectoral mayor, la mastectomía radical será el método de elección.

Debido a la agresividad local de estos tumores, la mayoría de los autores preconizan la terapia coadyuvante con radioterapia, quimioterapia general o regional u hormonoterapia con tamoxifeno, cuando los receptores estrogénicos son positivos con una respuesta del 90%.^(7, 8, 10, 14, 16, 21-25)

La presencia de metástasis ganglionares parece tener por lo menos el mismo pronóstico en hombres que en mujeres; la enfermedad con ganglios positivos encierra peor pronóstico en hombres que en mujeres.^(8, 17, 25-27)

Se puede deducir de todo ello, que el peor pronóstico que se le achaca al carcinoma de mama en el varón,^(7, 27) no es sino la consecuencia de diagnósticos más tardíos, y es de similar pronóstico al femenino cuando se tratan similares estadios.^(9, 18,24)

La sobrevida de 5 años en más de 80% de hombres tratados con terapia adyuvante parece una significativa mejora con relación a controles históricos.^(22, 28)

Cuando el paciente tiene cáncer localmente inoperable o recurrente, la castración es muy eficaz; en estudios realizados ^(18,25) se produjo una remisión objetiva en el 45 % de los casos.

Histología y receptores hormonales.

El tipo histológico encontrado en el hombre en más del 90% de los casos es el carcinoma ductal infiltrante, seguido por el carcinoma ductal *in situ*, en mucha menor frecuencia los papilares, mucinosos y medulares. (19,20)

El carcinoma lobulillar se describe asociado además, en hombres con el síndrome de Klinefelter, la alteración cromosómica más común en humanos y que se caracteriza por presentar un cromosoma X supernumerario (46 XXY); así como también en algunos pacientes genotípicamente normales sin evidencia de sobre exposición a estrógenos, sin embargo, dada su baja frecuencia de presentación, no se ha estudiado más en profundidad. ^(21,22)

La presencia de receptores hormonales para estrógenos, progestágenos o andrógenos, es trascendental en el tratamiento integral del paciente con cáncer de mama, dado que permite bloquear hormonalmente a las células tumorales que puedan permanecer en el paciente después de la cirugía, paralizando la proliferación o multiplicación tumoral (efecto citostático) y además inhibir el crecimiento de las células tumorales, favoreciendo los mecanismos de apoptosis. ⁽²²⁾

Múltiples estudios realizados, indican que el porcentaje de receptores tumorales presentes en los hombres es mucho mayor que el encontrado en las mujeres. ⁽²³⁾ Sus receptores de estrógeno son positivos en alrededor de 80-90% comparados con 75% de las mujeres; mientras que los receptores para progesterona lo son en un 73-81% comparado con 65,9% ¹⁵, hecho que permite acceder a los distintos protocolos de hormonoterapia, incidiendo favorablemente en la sobrevida del paciente. Este porcentaje tiende a aumentar con la edad tanto en hombres como mujeres postmenopáusicas. ⁽²⁶⁾

La expresión de receptores de andrógenos varía de un 39 a 95%. ⁽²⁾ Se cree que un ambiente con escasez de estrógenos (como en el hombre o en la mujer

postmenopáusica), podría proveer una mayor "avidez" de los receptores en los tejidos, y que por eso existiría una mayor expresión de los mismos.⁽²⁶⁾

Tratamiento avanzado y loco-regional.

En la actualidad, el tratamiento del CMH sigue siendo una extrapolación de los datos obtenidos y conductas realizadas con mujeres postmenopáusicas portadoras del cáncer. Sin haberse realizado aún ningún estudio prospectivo aleatorizado de alto impacto que modifique las líneas de tratamiento a seguir.

Cirugía. Piedra angular del tratamiento contra el CMH. El procedimiento actualmente más utilizado y descrito en la bibliografía es la mastectomía radical modificada con disección axilar, pero se describe la posibilidad de realizar una mastectomía total simple junto al estudio del ganglio centinela en aquellos tumores menores de 3 cm y sin linfonodos axilares palpables.⁽⁹⁻¹²⁾ La presencia de infiltración ganglionar axilar, ha demostrado ser un importante predictor en la sobrevida general a largo plazo.⁽²⁸⁾

En general, se mantienen las mismas indicaciones y contraindicaciones que en la mujer. En casos avanzados con importante compromiso de piel, se ofrece también la alternativa de un colgajo de Músculo Recto Anterior (TRAMP), músculo dorsal o bien un injerto dermo-epidérmico (IDE) para cubrir el defecto.⁽⁹⁻³²⁾

En forma anecdótica han sido realizadas orquiectomías bilaterales, adrenalectomías e hipofisectomías como terapia paliativa en el CMH avanzado.^(30,31)

Radioterapia: Se da en general a los pacientes con un tumor de más de 5cm, a aquellos con márgenes cercanos < 10 mm o cuando el ganglio centinela en axila resulta (+), Las indicaciones son las mismas que en las mujeres: Preoperatorio en cánceres localmente avanzados y postoperatoria cuando el compromiso axilar es positivo. En Turquía, un estudio de 39 pacientes en distintos estadios de enfermedad, el 70% fue tratado con cirugía más Radioterapia postoperatoria, de ellos sólo uno presentó recidiva local, sin diferencias significativas en relación a la sobrevida del grupo.⁽³⁰⁻³⁶⁾

Quimioterapia. Se utiliza el mismo esquema y número de ciclos que en la mujer; al ser usado en forma preoperatoria ayuda a un mejor manejo neoadyuvante. Pero desafortunadamente, al momento de diagnosticar el cáncer, la gran parte de los

paciente son de edades avanzadas, con contraindicaciones médicas para recibir los fármacos habituales.

Los esquemas más usados ⁽³¹⁻³³⁾:

1. Ciclofosfamida + Metrotexate + 5-Fluoracilo.
2. 5-Fluoracilo + Epirubicina + Ciclofosfamida.
3. Epirubicina + Ciclofosfamida.

Hormonoterapia. Previamente descrita, ha presentado rangos de respuesta adecuados en un 25% a 80% de los casos, según distintos estudios retrospectivos ^(30, 38,39); depende en su uso de la positividad de los receptores hormonales. Los principales fármacos utilizados son el Tamoxifeno (bloqueador de los receptores estrogénicos), seguido por el Raloxifeno modulador selectivo de los receptores de estrógeno) y finalmente los Inhibidores de Aromatasa (IA) de 3era. Generación: Anastrozole (Armindex), Letrozole (Femara) y Exemestane (Aromastin). Sin embargo, dado que en el hombre, el 80% de la producción de estrógenos, es dada por la aromatización periférica de andrógenos; existe un 20% de estos estrógenos que se liberan a la circulación directamente desde los testículos, situación sobre la cual los IA no tendrían ningún efecto.

En Cuba los estudios de prevención de cáncer de mama en hombres son escasos por considerarse una enfermedad poco usual como problema de salud. En la actualidad esta patología que antes era poco frecuente se ha incrementado y la perspectiva es a su incremento dados los factores de riesgo, además que su diagnóstico por el desconocimiento siempre ocurre de forma tardía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación pre experimental del tipo antes y después, desde enero de 2015 hasta abril de 2017 dirigida a la implementación de un programa educativo (anexo 2) dirigido a los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón que contribuya al conocimiento sobre el autoexamen de mama.

La **población** estuvo constituida por 103 hombres que tienen factores de riesgo de cáncer de mama. Mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple quedando

conformada la **muestra** por 35 pacientes, representando el 33,9%, que respondieron a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- ✓ Hombres con factores de riesgo de cáncer mama.
- ✓ Querer participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- ✓ Hombres que no tengan factores de riesgo de cáncer mama.
- ✓ No querer participar en la investigación.

Durante la investigación se aplicaron los siguientes **métodos** científicos:

Del nivel teórico:

El **histórico lógico** con el objetivo de fundamentar sustentos teóricos y metodológicos sobre el cáncer de mama y el autoexamen en los hombres.

El **analítico sintético** para identificar los principales problemas del autoexamen en los hombres.

El **sistémico estructural** con el objetivo de implementar el sistema de actividades de comunicación educativa en salud dirigida a los hombres que contribuya a comportamientos responsables ante el autoexamen de mama.

Del nivel empírico:

La **encuesta** con el determinar comportamientos responsables en los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón ante el autoexamen de mama (anexo 1)

Como **método estadístico** se utilizó el cálculo porcentual, representado en tablas y gráficos.

Variable Independiente:

Programa educativo que facilite el aprendizaje tanto formal como informal que contribuyan al logro de conocimientos y actitudes que conlleven a elevar los conocimientos sobre el cáncer de mama en hombres. ⁽⁴⁰⁾

Variable Dependiente: Nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama en hombres.

O peracionalización de las variables :

Variable	Tipo	O peracionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de edad	Cuantitativa	20-24 25-29 30-34 35-39 40-45	Edad en años según carné de identidad.	Número y porcentaje según grupo de edad.
Color de piel	Cualitativa	Blanca Negra	Se explica por sí sola	Número y porcentaje.
Escolaridad	Cualitativa	Primaria Secundaria Preuniversitaria Universitario.	Según nivel vencido	Número y porciento.
Conocimientos sobre el cáncer de Mama en hombres	Cualitativa	Si No	- Si: quien dice haber recibido información. - No: Quien dice no haber recibido información.	Número y porciento.

Periodización sobre la revisión de las mamas en los hombres.	Cualitativa	Tiempo en que un hombre debe revisar sus mamas Mensual. Cada 6 meses. Una vez al año. Con frecuencia sin un tiempo específico	Por decir que lo puede hacer mensual. Por decir que lo puede hacer cada 6 meses. Por decir una vez al año. Por decir que con frecuencia.	Número y por ciento.
Conocimiento sobre síntomas y signos que demuestran alteración en las mamas de los hombres	Cualitativa	Síntomas y signos. Secreción por el pezón. Aumento de volumen de la mama. Dolor en las mamas Cambio de color de la piel en una de ellas o ambas. Desconoce los síntomas.	Según los síntomas y signos identificados por los pacientes.	Número y por ciento.
Conocimiento de los factores de riesgo para el cáncer de	Cualitativa	Si No	Si: Dice que los conoce. No: Dice que los desconoce.	Número y por ciento.

m a m a e n h o m b r e s				
Conocimiento sobre la realizacion de la tecnica del autoexamen de mama..	Cualitativa	Si No	Si: Dice que sabe cómo realizarse el autoexamen de mama. No: Dice que lo desconoce.	Número y porcentaje
Pasos para practicarse el autoexamen de mama	Cualitativa	Puede explicar tres pasos. Puede explicar 2 pasos. Puede explicar 1 paso. No puede explicar ninguno.	Dice poder explicar 3 pasos. Dice poder explicar 2 pasos. Dice poder explicar 1 paso. Dice no poder explicar ningún paso del autoexamen.	Número y porcentaje.
Importancia de la relevancia que tiene el cáncer de mama para los hombre	Cualitativa	Relevante. Poco relevante. No relevante.	Si considera importante saber sobre la enfermedad. Si no considera importante saber sobre la enfermedad. Si no muestra interés alguno	Número y porcentaje.

			sobre la im portancia enfermedad.	
--	--	--	---	--

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón, seleccionados para el estudio, según la edad, en el periodo comprendido de enero de 2015 hasta abril de 2017

Grupos por edades	Total	%
20-24	3	8,5
25-29	15	42,85
30-34	11	31,42
35-40	6	17,14
TOTAL	35	100

Fuente: Encuesta de investigación

Con respecto a las características en cuanto edad de la muestra grupo de 25-29 años (42,85%) y los de 30-34(31,42%) son los de más representatividad aspecto este que se hizo intencionalmente por ser los grupos más próximos a la edad de riesgo de la enfermedad, se debe acotar que siempre se buscó las edades que están conceptuadas como las previas a padecer el cáncer de mama según Medras (2015)

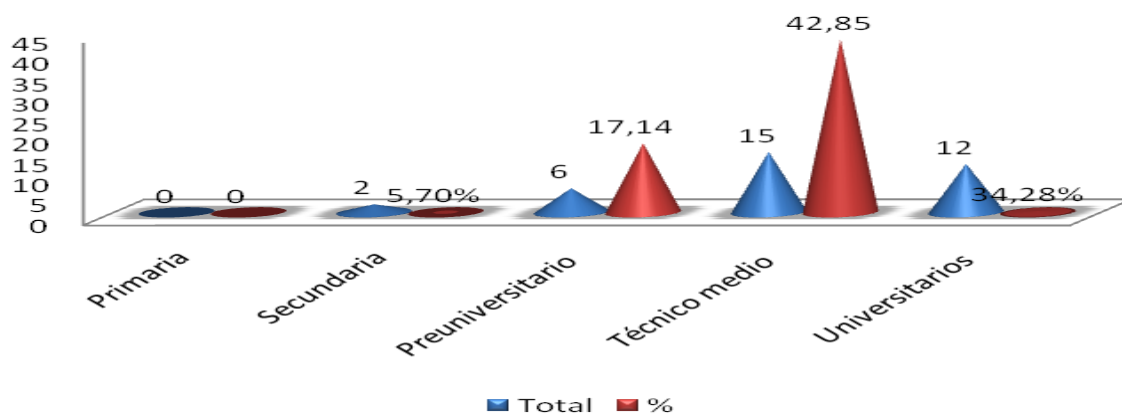


Gráfico 1: Distribución de la muestra según el nivel de escolaridad

Con respecto a la escolaridad los que tienen nivel superior a la secundaria, es decir, preuniversitario (17,14%), técnico medio (42,85%) y universitario (34,28%) son los más representados en la muestra en su conjunto lo que permitió que el programa que se implementó tuviera en la muestra una mejor receptividad y efectividad.

Conocimientos sobre la patología de CMH

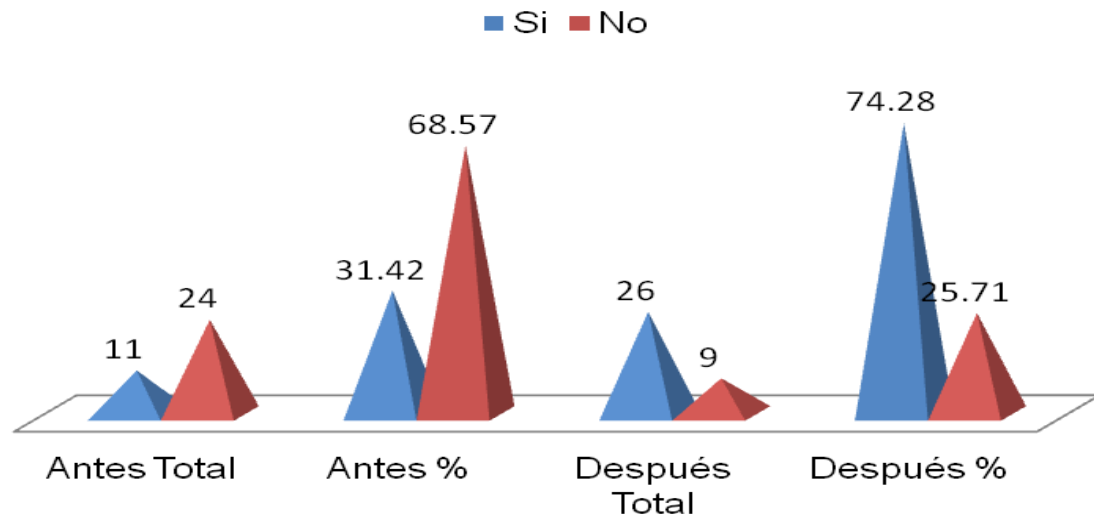


Gráfico 2: Distribución de la muestra según los conocimientos sobre la patología cáncer de mama

Fuente: Encuesta.

El mayor número de la muestra (68,57%) dice no saber nada de cáncer de mama en hombres aspecto este comprobado en el grupo focal donde la mayoría reconoce no haber incluso "escuchado esta enfermedad", otros se refirieron a que "nunca he visto a un hombre con la enfermedad" y uno expresó "que un familiar había tenido eso

pero se lo mantuvieron muy oculto", lo que demuestra hasta prejuicios con la enfermedad.

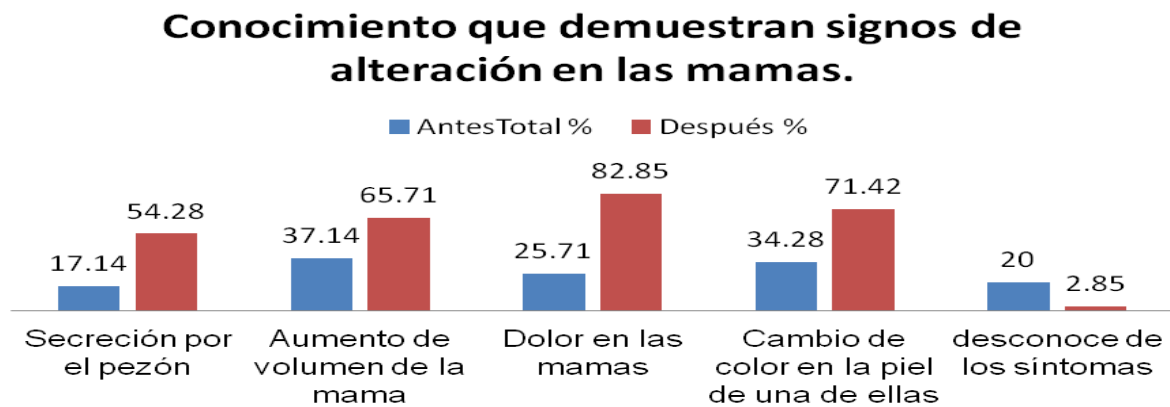
Después de aplicado el programa la mayoría el 74,24% manifestó tener conocimientos del cáncer de mama en hombres cuestión corroborada en el grupo focal donde la mayoría dice saber aspectos relacionados con la enfermedad, es importante resaltar que los instrumentos de control aplicados después del programa se hicieron con un tiempo que medio entre los 15 y 21 días para poder tener más veracidad en los resultados de ahí que el porcentaje no sea mayor en ninguno de los ítems cuestión verificada en la previa de efectividad aplicada al programa por Anjanet(2015).

Tabla 2: Cada qué tiempo un hombre se debe revisar las mamas un hombre.

Cada qué tiempo un hombre se debe revisar las mamas	Antes Total	Antes %	Después Total	Después %
Mensual	4	11,42	21	60
Cada seis Meses	18	51,42	11	31,42
Una vez al año	11	31,42	3	8,57
Con frecuencia sin esperar un tiempo determinado	2	5,7	2	5,71

Las respuestas con respecto a la revisión periódica que debe hacerse un hombre de sus mamas prácticamente en el antes contó con 2 respuestas correctas (5,7%), lo que demuestra el desconocimiento con respecto al autocuidado ante la enfermedad además en el grupo focal, se expresaron varias opiniones que reafirman el resultado de la encuesta, entre ellas está, "no tengo ni ideas al respecto", "desconozco como es que hay que hacerlo", incluso ninguno fue capaz de reflexionar que por las características de las mamas de los hombres cualquier alteración puede ser siempre llamativa, también mostraron rasgos de machismo al decir "que eso son cosas de mujeres", que nunca nadie les había dicho eso de mamas en los hombres".

En el después con respecto a este ítem s ya la mayoría el 60% ofreció una respuesta adecuada y en el grupo focal solo 2 de los 9 convocados no supo dar explicación adecuada, no obstante se debe seguir trabajando con el grupo en el seguimiento del programa para incrementar estos resultados que ya corresponden a prácticas.



G ráfico 3: Conocimiento sobre síntomas y signos que demuestran alteración en las mamas de los hombres

Es llamativo que a la pregunta de qué síntomas son los característicos que indican la posibilidad de un cáncer de mama, señalaran algunos de estos síntomas, si antes habían mostrado desconocimiento incluso el 25% identificó el cambio de color en la piel, y el 28% el aumento de volumen en la mama, el grupo focal aclaró estas respuestas cuando la mayoría respondió que en la mayoría de los casos "lo hicimos al azar", uno expresó que "por una tía mía supe lo del cambio de color en las mujeres y supuse que en los hombres era igual", otros dijeron que "por lógica", lo que demuestra que la mayoría desconocía de los síntomas o señales del cáncer de mama en hombres.

Después de aplicado el programa se aprecia que en todos los síntomas están por encima del 50% y en el grupo focal expresaron que "habían empezado a saber sobre la enfermedad", "que no sospecharon que en mucho de los casos fueran similar al de las mujeres", que los alertó sobre cuestiones que no imaginaban" y "que ya desde que entraban al baño o se quitaban la camisa ante el espejo se fijaban en sus tetillas, algo que no hacían casi nunca", lo que demuestra cambios de actitud y prácticas.

Conocimientos sobre factores de riesgo de CMH

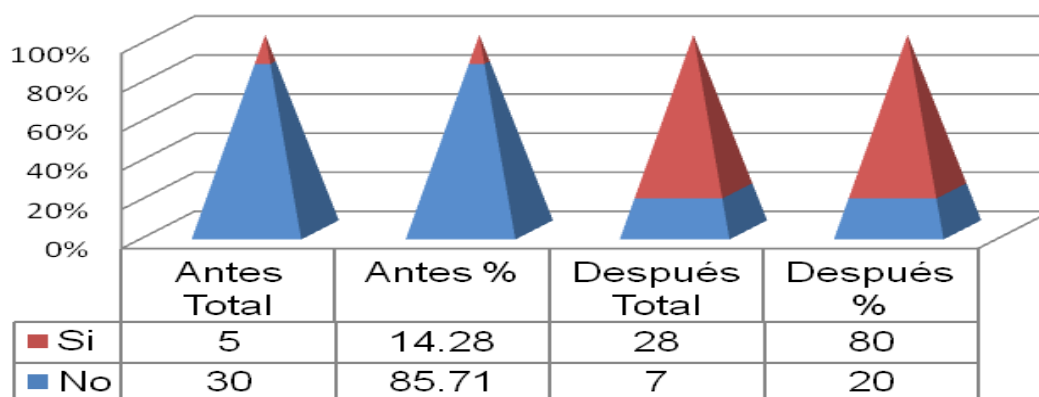


Gráfico 4: Conocimiento de los factores de riesgo para el cáncer de mama en el hombre.

Ante la pregunta de la encuesta y en el grupo focal en el antes, se mostraron sin conocimientos (85,71%) casi en la totalidad sobre los factores de riesgo, solo una minoría (14,28%) mencionó en el grupo focal algunos factores aislados, el resto guardó silencio ratificando el desconocimiento sobre el tema.

En el control después el 80% pudo reconocer los factores de riesgo y en el grupo focal se comprobó al plantear la mayoría cuales son los factores de riesgo incluso hubo explicaciones y encontraron similitud con los factores de riesgo de otros tipos de cáncer resultado similar con un 76,3% obtuvo Anjanet(2015), en su evaluación de programa para determinar su puesta en práctica

Cómo realizarse el autoexamen de mama

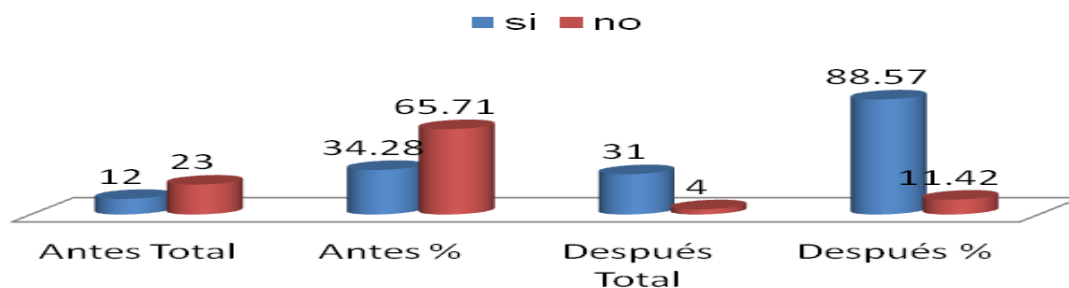


Gráfico 5: Conocimiento sobre la realización de la técnica del autoexamen de mama.

Al indagar antes de aplicar el programa sobre determinadas prácticas y actitudes se siguió comprobando la falta de conocimientos, la mayoría desconocía cómo realizarse un correcto autoexamen de mamas (65,71 %), en el grupo focal algunos por ensayo y error expresaron “que suponían como debía ser teniendo en cuenta como lo hacen las mujeres”.

En el después el 88,5% expresó que sabía cómo realizarse el autoexamen de mama, lo más llamativo fue en la realización del grupo focal donde más de la mitad hasta demostró cómo realizarse el autoexamen demostrando elementos prácticos y actitudes que denotan la efectividad del programa.

Tabla 3: Pasos para practicarse el autoexamen de mamas.

Pasos para practicarse el autoexamen de mamas	Antes Total	Antes %	Después Total	Después %
Puede explicar 3 pasos	0	0	27	77,14
Puede explicar 2 pasos	3	8,57	5	14,28
Puede explicar 1 paso	9	25,71	1	2,85
Ningún paso	23	65,71	2	5,71

Esta pregunta se realizó antes y después para calzar la anterior de la encuesta y solo se reafirmó la falta de conocimientos sobre el tema el 65,71% no explicó nada antes y 3 pudieron explicar alguno de las posas que se sigue para un autoexamen, en el grupo focal llamó la atención que estos reconocieron que ni ellos saben cómo sus esposas y mujeres de la casa lo hacen ni cuándo, en el después el 77,14% pudo explicar los pasos para efectuar un correcto autoexamen de mama lo que se corroboró en el grupo focal como quedó reflejado en el comentario del anterior ítem.

Tabla 4: Importancia de la relevancia que tiene el cáncer de mama para los hombres

Qué importancia tiene para usted conocer como hombre el cáncer de mama	Antes Total	Antes %	Después Total	Después %
Relevante	3	8,57	27	77,14

Poco relevante	31	88,57	7	20
No relevante	1	2,85	1	2,85

Es de resaltar que antes la relevancia que le dan al cáncer de mama en hombres la mayoría lo reconoce como poco relevante, al profundizar en la entrevista grupal, manifestaron que “nunca le habían insistido sobre el tema”, que “los había cogido de sorpresa”, lo que demuestra que con respecto a etapas del comportamiento con respecto a la salud están a un nivel de contemplación del problema. En el después el 77,14 le da relevancia y en el grupo focal la mayoría lo encontró relevante incluso se expresaron que “tenía un desconocimiento tal que no podía determinar la relevancia”.

Al aplicar la prueba de Homogeneidad al considerar las hipótesis estadísticas de:

$H_0: P_{\text{antes}} = P_{\text{después}}$ (No existen diferencia en el comportamiento antes y después).

$H_1: P_{\text{antes}} \neq P_{\text{después}}$ (Existen diferencia en el comportamientos después de aplicado el programa).

En el utilitario estadístico, SPSS se introducen los datos y al aplicar el método de la probabilidad marginal resultó, $p = 0.003$, y como este valor es menor que 0.05, se rechaza H_0 y se puede afirmar para un 95% de confiabilidad que el programa aplicado de comunicación educativa en salud para la prevención del cáncer en mama en hombres es efectivo.

Aspectos éticos

Las pacientes fueron informadas de los fines de la investigación y formalizaron el consentimiento informado previamente a su incorporación al estudio. El estudio se realizó según se encuentra normado para estos casos. Al divulgar los resultados de la investigación se garantizará no revelar datos personales de los pacientes, cumpliendo con los principios de la ética médica.

CONCLUSIONES

La población masculina seleccionada para la investigación en el antes demostró desconocimiento casi total de lo relacionado con el cáncer de mama en hombre corroborado a través de los instrumentos, al manifestar desconocimiento de signos y síntomas, factores de riesgo, realización del autoexamen y baja percepción del riesgo al no reconocer que es el cáncer de mama una enfermedad que afecta al hombre. La aplicación del programa educativo en su primer momento demostró que la muestra estudiada incrementó los conocimientos, actitudes y prácticas independientemente de la necesidad de seguir trabajando este a largo plazo. La hipótesis estadística corroboró la efectividad del programa al aceptarse que $H_1: P_{\text{antes}} \neq P_{\text{después}}$ lo que demuestra que existen diferencia en el comportamientos después de aplicado el sistema de actividades de comunicación en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salvadori B, Saccozzi R, Monzari A. Prognosis of breast cancer in male: an analysis of 170 cases. Eur J Cancer 1994; 30 A: 930-5.
2. Aguilar Luque J, Custodio Sarmiento R, Merino de la Torre E, Martínez García P. Carcinoma de la mama en el varón. Análisis de 5 casos y revisión bibliográfica. Rev Cubana Cir 2001; 40(1):66-72.
3. Staringer JC. Cancer de mama en el hombre. Rev Argent Cancerol 2001; 29(2):89-93.
4. León Ponte O, Souchón E, Dayarnani S, Ayala L, Bellosso R, Henríquez L. Cáncer de mama en hombres. Clín Méd HCC 2000; 5(1):14-8.
5. Paz C, González A, Sosa B, Pérez J, Rodríguez J, Ruiz A. Cáncer de mama en el hombre, doble primario metacrónico: a propósito de un caso. Centro Méd 1999; 44(2):105-6.
6. Mourao Netto M. Cáncer de mama en el hombre. En: Hernández Muñoz, G, Bernardello E, Aristomede Pinotti J. Cáncer de Mama. Caracas: McGraw Hill Interamericana; 1998. p.503-7.
7. Pozo Parilli J, Godayol F, Ott S, Mantellini C, Rachadell J, Bianchi G. Carcinoma de mama en hombres: reporte de cuatro casos y revisión de la literatura. Rev Venez Oncol 1998; 10(4):188-91.
8. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. Ann Intern Med 2002; 137(8):678-87.
9. Is male breast cancer similar or different than female breast cancer?. Breast Cancer Res Treat 2004; 83(1):77-86.

10. Breast cancer in men. *Oncology (Huntingt)* 2003; 17(10):1361-4.
- 11.11. Piekarski JH, Jeziorski A. Breast neoplasm in men and women — prognosis comparison. *Wiad Lek* 2003; 56(5-6):239-43.
12. France L, Michie S, Barrett-Lee P, Brain K, Harper P, Gray J. Male cancer: a qualitative study of male breast cancer. *Breast* 2000; 9(6):343-8.
13. Ewertz M, Holmberg L, Tretli S, Pedersen BV, Kristensen A. Risk factors for male breast cancer—a case-control study from Scandinavia. *Acta Oncol* 2001; 40(4):467-71.
14. Medras M, Szczesny M. Male breast cancer. *Pol Merkuriusz Lek* 2003; 15(86):111-4.
15. Auvinen A, Curtis RE, Ron E. Risk of subsequent cancer following breast cancer in men. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94(17):1330-2.
16. Benchellal Z, Wagner A, Harchaoui Y, Hutten N, Body G. Male breast cancer: 19 case reports. *Ann Chir* 2002; 127(8):619-23.
17. Cimmino VM, Degnim AC, Sabel MS, Diehl KM, Newman LA, Chang AE. Efficacy of sentinel lymph node biopsy in male breast cancer. *J Surg Oncol* 2004; 86(2):74-7.
18. Olsson H. Estrogen receptor content in malignant breast tumors in men — a review. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2000; 5(3):283-7.
19. Yang WT, Whitman GJ, Yuen EH, Tse GM, Stelling CB. Sonographic features of primary breast cancer in men. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 176(2):413-6.
20. Spigel JJ, Evans WP, Grant MD, Langer TG, Krakos PA, Wise DK. Male inflammatory breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2001; 2(2):153-5.
21. Male breast cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2003; 4(2):159-64.
22. El Omari-Alaoui H, Lahdiri I, Nejjar I, Hadadi K, Ahyoud F, Hachi H et al. Male breast cancer. A report of 71 cases. *Cancer Radiother* 2002; 6(6):349-51.
23. Gibson TN, Brady-West D, Williams E, Walters J. Male breast cancer. An analysis of four cases and review of the literature. *West Indian Med J* 2001; 50(2):165-8.

24. Heinig J, Jackisch C, Rody A, Koch O, Buechter D, Schneider HP. Clinical management of breast cancer in males: a report of four cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 102(1):67-73.
25. Chakravarthy A, Kim CR. Post-mastectomy radiate on in male breast cancer. *Radiother Oncol* 2002; 65(2):99-103.
26. Kreusel KM, Heimann H, Wiegel T, Bornfeld N, Foerster MH. Choroidal metastasis in men with metastatic breast cancer. *Am J Ophthalmol* 1999; 128(2):253-5.
27. Namba N, Hiraki A, Tabata M, Kiura K, Ueoka H, Yoshino T, et al. Axillary metastasis as the first manifestation of occult breast cancer in a man: a case report. *Anticancer Res* 2002; 22(6B):3611-3.
28. Johnson KC, Pan S, Mao Y. Risk factors for male breast cancer in Canada, 1994- 1998. *Eur J Cancer Prev* 2002; 11(3):253-63.
29. Murray CJL, Acharya AK. Understanding DALYs. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health; 1996. (Working Paper Series No. 96.07.
30. Anand S, Hanson K. Disability adjusted life years: a critical review. *J Health Econ*. 1997; 16(1):685-702.
31. Mathers CD, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD. Alternative summary measures of average population health. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods, and empiricism*. Geneva: WHO; 2003.
32. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors*. Washington, D.C.: Oxford University Press, World Bank; 2006.
33. Seuc AH, Domínguez E, Díaz O. Introducción a los DALYs. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2000; 38(2):92-101.
34. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: WHO; 2002.

35. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Vol. 1. Geneva: WHO; 1996.
36. Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources. Geneva: WHO; 2001. (GPE Discussion Paper No. 36).
37. República de Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2000. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2001.
38. República de Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2007. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2015.
39. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Registro Nacional de Cáncer. Cáncer en Cuba 1997-1998. Ciudad de La Habana: INOR; 2001.
40. Anjanet, Jessica. Tesis en opción a especialista de Primer Grado en MGI. Universidad Médica de Ciego de Ávila José Assef Yara, Ciego de Ávila, octubre de 2015.

ANEXO 1

GUÍA DE ENCUESTA.

Objetivo: Determinar comportamientos responsables en los hombres del CMF # 20 del área norte de Morón ante el autoexamen de mama.

Consigna: Un equipo de investigadores se encuentra desarrollando un estudio sobre el cáncer de mama y tiene como objetivo fomentar el autoexamen de mama en los hombres, por tal motivo necesitamos que sea lo más sincero posible a la hora de llenar nuestro cuestionario. Gracias.

1.- Edad: _____

2.- Nivel de escolaridad de la muestra escogida

☐ Primaria

☐ Secundaria

☐ Preuniversitario

☐ Universitario

3.- Ha recibido información sobre el cáncer mama en hombres.

☐ Si

☐ No

4.- ¿Conoce los factores de riesgo para el cáncer de mama en el hombre?

☐ Si

☐ No

6.- Marque los síntomas que demuestran signos de alteración en las mamas de los hombres.

☐ Secreción por el pezón

☐ Aumento de volumen de la mama

☐ Dolor en las mamas

☐ Cambio de color en la piel de una de ellas

☐ Desconoce de los síntomas

7.- Cada qué tiempo un hombre se debe revisar las mamas.

☐ Mensual

☐ Cada seis Meses

☐ Una vez al año

☐ Con frecuencia sin esperar un tiempo determinado

8.- Conoce los Pasos para practicarse el autoexamen de mamas.

☐ En posición acostada Palparse ambas mamas con la yema de los dedos.

☐ Realizar movimientos circulares desde el pezón hasta afuera de la mama.

☐ Realizar palpación de la zona axilar.

☐ Exprimir el pezón.

☐ Mirarse el espejo comparando la textura de ambas mamas.

9.- ¿Qué importancia tiene para usted como hombre el cáncer de mama?

☐ Si considera importante saber sobre la enfermedad.

☐ Si no considera importante saber sobre la enfermedad.

☐ Si no muestra interés alguno sobre la importancia enfermedad.

ANEXO 2

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Título: Cáncer de mama en hombres (CHM).

Fundamentación del programa.

La intervención educativa se ha concebido como respuesta a la necesidad de aumentar los niveles de conocimiento sobre el CHM con el fin de mejorar las actitudes y prácticas con respecto a la sexualidad y disminuir así la incidencia de estas afecciones. Este programa va dirigido a las hombres del CMF No 20 del Área Norte del Municipio de Morón, para satisfacer las necesidades de aprendizaje relacionadas sobre esta problemática que atañe no solo a la población en estudio sino que es un problema a nivel mundial, por lo que en el proceso de este programa se realizan y transmiten mensajes que generen actitudes positivas, hábitos saludables y promover así la salud de los individuos y comunidades.

Objetivo General:

Evaluar el programa de intervención educativa, que contribuya a la elevación del nivel de conocimiento del CMH en los hombres del CMF No 20 del Área Norte del municipio Morón.

Plan temático:

Tema 1- Normas para el trabajo grupal, consentimiento informado, e interrogatorio a las mujeres sobre sus expectativas respecto al programa.

Objetivos del tema: Explicar la importancia del programa y cómo está previsto. Crear rapport y empatía.

Tiempo: 40 minutos.

Técnica: Trabajo en grupo. Técnica de animación y presentaciones subjetivas.

Tema 2 - CMH

Contenido: Concepto. Cuadro clínico.

Objetivo del tema: Consolidar conocimientos sobre el cáncer de mama en hombres.

Forma: Clase teórica - práctica.

Tiempo: 45 minutos.

Técnica: "Todo mezclado".

Tema 3 - Autoexamen de mamas.

Contenido: Pasos para la realización del Autoexamen de mamas.

Objetivos del tema: Explorar conocimientos acerca de los pasos para realizarse Autoexamen de mamas.

Forma: Clase teórico - práctico.

Tiempo: 45 minutos.

Técnica: "El correo"

Tema 4 - Integrar los temas tratados en el programa educativo.

Objetivo del tema: concretar los conocimientos sobre el CMH

Forma: Taller.

Tiempo: 30 minutos.

Técnica: Las tres sillas

Tema 6-Cierre y evaluación

Objetivo del tema: Conocer lo positivo, negativo e interesante del programa. Evaluar los conocimientos adquiridos durante el programa.

Forma: Evaluativa.

Tiempo: 30 minutos

Técnica: Evaluación de PNI, además de preguntas y respuestas breves sobre programa de intervención educativa de ITS.

Estrategia docente:

-Total de horas: 200 horas.

-Escenarios: Consultorio Médico de la Familia No 20 del Área Norte del Municipio de Morón.

-Frecuencia: Semanal.

-Horas por FOD. Trabajo en grupo: 8 horas, Clases teórico- prácticas: 15 horas, Conferencias 8 horas, Taller: 8 horas, Evaluación: 10 horas, Clase integradora: 5 horas, Trabajo independiente: 146 horas.

Medios de enseñanza previstos:

Se utilizaron la palabra de las participantes que participan en el programa, el pizarrón, cartulina, papel, lapiceros, plumones, impresora, laminas, revistas, libros de texto, historias clínicas, medios audiovisuales (TV, laptop, videos, CD).

Responsable: Dra. en Medicina General Integral, Lic. en Enfermería.

Participantes: Hombres del CMF No 20 del Área Norte del municipio de Morón.

ANEXO 4

TÉCNICA DE EVALUACIÓN

Objetivo: Evaluar la actividad en grupo.

Con el objetivo de evaluar este encuentro, se desea su criterio u opinión sobre el mismo, para así enriquecer nuestro trabajo. Deseamos sea lo más sincero posible en sus respuestas

Positivo:

Negativo:

Interesante:

ANEXO 5

TÉCNICAS GRUPALES UTILIZADAS EN LA INTERVENCIÓN

Técnicas participativas: Se pueden clasificar por sus objetivos o fines (para animar, para integrar, para confrontar) por sus métodos (trabajo grupal, trabajo individual, que supone la secuencia de pasos ordenados hacia una meta) por sus aplicaciones (didácticas, manuales, terapéuticas y otras).

Técnicas de animación y presentación subjetivas: Es una forma de presentación, donde cada participante se presenta diciendo su nombre, por qué está aquí y a qué quisiera parecerse y por qué. Se utiliza con el objetivo de conocernos mejor, crear empatía.

Técnicas de trabajo en grupo: Normas para el trabajo en grupo. Se orientan las normas para el trabajo grupal y se discuten en el colectivo.

Técnica (El correo): Es una técnica que estimula a la paciente para que identifique cuales son las características positivas y negativas y cómo influyen estos en la regulación de su comportamiento sexual durante el embarazo.

Técnica (Todo Mezclado): Es una técnica utilizada para construir conceptos sobre diversos temas, ejemplo: Infecciones de transmisión sexual, educación sexual, prevención. Se entrega a cada paciente un pequeño cintillo donde se le orienta la reflexión sobre un aspecto del tema en pequeños grupos. Posteriormente se intercambian los resultados y reflexiones en plenaria.

Técnica de aplicación para la evaluación (PNI): El PNI (positivo, negativo, interesante) es una técnica para la evaluación de cada encuentro por parte de los participantes por escrito (anexo 4).

Técnica (Las tres sillas): Para integrar los temas tratados en el programa educativo y evaluar el trabajo realizado, donde el coordinador ubica las tres sillas frente al grupo y explica a las participantes que esto representa tres momentos diferentes.

- Silla #1 ¿Cómo llegaste?
- Silla #2 ¿Qué has logrado?
- Silla #3 ¿Cómo te sientes ahora?

Las participantes responderán por escrito cada interrogante con la mayor sinceridad posible.

Hemos hecho referencia a algunas de las técnicas aplicadas en el programa, todas encaminadas a aumentar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y educación sexual en la mujer.

Las sesiones 6,7 y 8 se destinaron a la evaluación del grupo y se realizó una actividad integradora final, con el objetivo de obtener una visión conjunta del trabajo realizado, valorar los resultados alcanzados durante el programa. Se analizaron poemas y se realizó una actividad recreativo- cultural al final del programa.