

REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD “ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA”
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE “DIEGO DEL ROSARIO”
MORÓN

**TÍTULO: Intervención educativa sobre autoexamen de
mamas en mujeres mayores de 30 años en el
área norte de Morón.**

**INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN
ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER**

Autor: Lic. Morvila Josefa Fombellida Álvarez. Profesor Instructor.

MORÓN, 2010

REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD “ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA”
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE “DIEGO DEL ROSARIO”
MORÓN

**TÍTULO: Intervención educativa sobre autoexamen de
mamas en mujeres mayores de 30 años en el
área norte de Morón.**

**INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN
ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER**

AUTORA: Lic. Morvila Josefa Fombellida Álvarez. Profesora Instructora.

TUTORA: Dra. Loreley García Galindo. Profesora Asistente

MORÓN, 2010

DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR.

Por medio de la presente declaro ante el Comité Académico de la Maestría Atención Integral a la Mujer que el informe final del trabajo de grado ha sido presentado por la autora, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto; parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Morón, ____ de _____ del 2011.

Lic. Morvila Josefa Fombellida Álvarez.
Especialista de Primer Grado en Enfermería Comunitaria.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Se certifica que el informe final del trabajo de grado titulado: "Intervención educativa sobre autoexamen de mamas en mujeres mayores de 30 años en el área norte de Morón." del autor Lic. Morvila Josefa Fombellida Álvarez en opción al título de Máster en Atención Integral a la Mujer sea presentada al acto de defensa.

Para que así conste firma la presente en Morón, el ____ de _____ del 2011.

MSc. Dra.Loreley García Galindo

CERTIFICACION DE DEFENSA

Por medio de la presente se certifica que el informe final del trabajo de grado titulado "INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS EN EL ÁREA NORTE DE MORÓN.", del autor Lic. Morvila Josefa Fombellida Álvarez en opción al título de Máster en Atención Integral a la Mujer, fue defendida exitosamente con evaluación de _____ puntos.

Para que así conste, firman la presente en Morón, el _____.

Presidente del tribunal.

Secretario

Miembro.

Dedico este trabajo:

A mis padres: por su contante apoyo, dedicación y motivación durante toda la vida.

A mi querido hijo Pavel Cesar por ser el mejor regalo que la vida me ha dado y darme la alegría de vivir día a día.

A mi Esposo: por el amor, apoyo, dedicación y confianza que siempre me ha brindado.

A mi tutora: por haberme dedicado con tesón su esfuerzo, y ayuda en la terminación de mi trabajo.

A la Revolución: por darle a cada cubano la oportunidad en el estudio y la superación.

La acción de agradecer es tan hermosa como la de crear. Esta acciona sobre el hombre como enzima que estimula el noble afán de dar sin intención de recibir nada a cambio. Sea el agradecimiento a aquellos que han colaborado en la realización de este trabajo.

En especial a mi tutora la Dra Loreley García Galindo.

A mis padres que me apoyaron e incentivaron con su que hacer cotidiano en la superación.

Además a mis compañeros de trabajo que supieron brindarme su apoyo para poder desempeñar con éxito mis estudios y confección de este trabajo. Y a todas aquellas personas que pusieron su granito de arena en esta obra.

Muchas Gracias.

RESUMEN

El cáncer de la glándula mamaria es el más común en mujeres, comprende aproximadamente el 20% de todos los cánceres en el mundo. Se realizó un estudio pre experimental (antes- después) de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre autoexamen de mamas en la población femenina mayor de 30 años pertenecientes al Consultorio 22 en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2008. El universo de estudio estuvo constituido por 226 mujeres, a las que se les aplicó una encuesta antes y después de la intervención. Del total del universo encuestado el 72,6 % de las mismas no se realizaban el autoexamen antes de la intervención, realizándose el mismo solo el 27,4 % de las mujeres, lográndose después de la intervención que el 100 % de las mismas se realicen el autoexamen. El 23,9 % de las mujeres presentaban antecedentes patológicos personales de afecciones mamarias, y el 25,7 % antecedentes patológicos familiares. El nivel de conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas demostró que el 54,9 % refieren que no conocen como se realiza el autoexamen de mamas, y el 73,5 % lo realizaban de forma incorrecta así como que el 20,8 % desconocía como realizarlo, logrando después de la intervención que el 100 % de las mujeres elevaran el nivel de conocimiento sobre esta técnica y que el 97,8% de las mismas lo realizaran correctamente.

PALABRAS CLAVE: MAMAS

INDICE.

No	Contenido	Página
1	Introducción	1
2	Objetivos	4
3	Capítulo I: Fundamentación teórica	5
4	Capítulo II: Aspectos metodológicos de la investigación	14
5	Capítulo III: Análisis y discusión de los resultados	24
6	Conclusiones	32
7	Referencias bibliográficas	33
8	Anexos	38

INTRODUCCION.

En el mundo más de 20 millones de personas viven con cáncer, la mayoría en los países en desarrollo, "El cáncer evoca una desesperación tal que se ha convertido en una metáfora de sufrimiento y dolor, un azote que pone a prueba nuestros recursos intelectuales y emocionales", las cifras nos indican que todos nos veremos afectados, ya sea como pacientes, familiares y amigos ⁽¹⁾.

El cáncer de la glándula mamaria es el más común en mujeres, comprende aproximadamente el 20% de todos los cánceres en el mundo. En el año 2000 alrededor de 189 000 mujeres murieron a causa de este en los países desarrollados y 184 000 en los países en desarrollo, cifra que representan el 16% y 12 % respectivamente. En las últimas décadas el riesgo de presentar cáncer de mama en los países desarrollados ha aumentado entre el 1 y 2 % al año. Si bien hay pocos datos acerca de esta enfermedad en los países en desarrollo, los registros de cáncer sugieren que las tasas de incidencia estandarizadas por edad están aumentando mas rápidamente en aquellas regiones donde la incidencia es baja, tales como África y Asia. Los investigadores creen que factores socioeconómicos, características del estilo de vida (primer embarazo tardío y dietas ricas en grasas) y cambios en los patrones menstruales favorecen el aumento del riesgo en los países en desarrollo ⁽²⁻³⁾.

El enorme problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de mama refleja el hecho de que en Cuba es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer y se diagnostican cada año más de 1 600 casos nuevos. Si estas cifras son alarmantes, más preocupante es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr y que hoy se pone en tela de juicio el valor real de una medida de atención temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen de mamas ⁽⁴⁾.

En el año 2005, nuestro país mostraba una tasa ajustada de morbilidad por cáncer de mama de 31, 2 por cada 100 000 habitantes. Las provincias con mayor incidencia son Ciudad de la Habana, La Habana, Matanzas, Villa Clara, Ciego de Ávila y Santiago de Cuba. En el año 2006, el cáncer de mama constituyó la segunda causa de mortalidad en

el sexo femenino en Cuba, registrándose un número de 1 213 fallecidas, con mayor frecuencia entre los 60 y 79 años donde se registraron un total de 532 fallecimientos. Esta cifra aumentó a 1 328 fallecidas en el año 2007, siendo igualmente el grupo de 60 a 79 años el que registró mayor número de defunciones con un total de 576. ⁽⁵⁾

El examen clínico y el autoexamen son métodos complementarios que permiten el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad. La terapéutica apropiada según el estadio clínico de las pacientes permite el incremento de la supervivencia y de la calidad de vida de las enfermas ⁽⁶⁾.

El programa de promoción de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que en América Latina el examen se inicie antes de los 35 años. Esto implica dedicar mucho esfuerzo a educar al público en acciones de salud encaminadas a divulgar y enseñar el auto examen de mama, para lo cual es necesario determinar lo que conoce nuestra población femenina de este procedimiento, esto nos toca precisamente a la enfermera comunitaria, la cual tiene dentro de sus objetivos fundamentales la prevención, promoción y diagnóstico precoz de esta patología. ^(10- 14-15-17)

El médico y la enfermera de la familia desempeñan una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, pero la aplicación de dichos programas y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido dificultades en la divulgación del autoexamen y su importancia, en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. ⁽¹⁸⁾

Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama, la población femenina no tiene información suficiente en cuanto a las patologías mamarias y sus factores de riesgo y no conocen o no practican la técnica del autoexamen de mamas.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente planteado nos proponemos realizar una intervención educativa con vistas a elevar el nivel de conocimiento de las mujeres con

respecto a la realización correcta del autoexamen de mamas y así realizar el diagnóstico precoz de esta enfermedad, reducir la mortalidad, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las enfermas mediante el uso del tratamiento adecuado.

Por este motivo nos trazamos como pregunta de investigación ¿Cómo se logrará incrementar el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al consultorio 22 del Área Norte del Municipio Morón de la provincia de Ciego de Ávila?

Para dar respuesta a la interrogante planteamos como hipótesis: Si se aplica una intervención educativa en las mujeres mayores de 30 años en el consultorio 22 del área Norte de Morón se incrementaran los conocimientos sobre el autoexamen de mamas, logrando detectar en estadios tempranos las diferentes afecciones mamarias.

OBJETIVOS.

Objetivo General

1.- Elevar el nivel de conocimientos sobre autoexamen de mamas en la población femenina mayor de 30 años pertenecientes al Consultorio 22 en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2010.

Objetivos Específicos

1.1 - Distribuir las pacientes a estudiar según:

❖ Grupos de edad y realización del autoexamen de mamas

❖ Nivel de escolaridad

1.2-Definir antecedentes patológicos personales y familiares de Enfermedades de la mama en las pacientes del estudio.

1.3-Identificar el nivel de conocimiento que poseen las mujeres sobre el autoexamen de mamas según su opinión.

1.4-Describir los medios a través de los cuales las mujeres adquieren información sobre el autoexamen de mamas.

1.5-Explorar la realización del autoexamen de mamas.

1.6-Determinar necesidad de aprendizaje sobre el tema.

1.7-Aplicar y evaluar programas de intervención educativa.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este capítulo trataremos los aspectos distintivos sobre la historia del cáncer mamario, sus características, la técnica del autoexamen de mamas y su importancia en la detección a tiempo del cáncer mamario; influyendo en los avances de las ciencias médicas y los cuidados hospitalarios constituyendo la causa de muerte de miles de personas en el mundo.

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que el hombre conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (el termino cáncer no era usado) proviene de Egipto y es del [1600 adC](#) aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad, "No existe tratamiento". A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los

primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los [músculos](#) pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "Mastectomía Radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70.

(19)

Hipócrates 400 años a.C. habla de Karquinos o Karquinoma que lo relaciona con el cese de la menstruación y dice que no debe tratarse porque acelera la muerte y no sólo son de buen pronóstico los que curan con medicinas. Describe un caso de una mujer con cáncer de mama y con hemorragia por pezón, que murió cuando dicha hemorragia cesó. Asoció el cáncer de mama con la detención de la menstruación, lo que le hizo creer, la condujo a una ingurgitación mamaria, con nódulos indurados. (19)

Galeno describió el cáncer de mama como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las patas de un cangrejo. Jean Louis Petit (1674-1758), era partidario de la amputación de la mama, con extirpación del pectoral y disección axilar; es decir, aparece por primera vez la mastectomía radical. William Stewart Halsted (1852-1922) fue el primero que se apoyó en un fundamento científico y finalmente desarrolló la técnica que sería utilizada durante 100 años y puede que aún dure. Hacia el año 1900, la técnica de Halsted era el método primario de tratamiento de los cánceres operables y ha permanecido así durante más de 80 años; no obstante, otros métodos se han ido incorporando como radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, pero, sobre todo, el rápido desarrollo del estudio anatomopatológico. (19)

Cuanto antes se detecte y diagnostique la enfermedad, mayores serán las posibilidades de que el tratamiento curativo tenga éxito. Por consiguiente es preciso desarrollar medidas inteligentes para el diagnóstico precoz, como el autoexamen de mamas que si bien no disminuye la mortalidad se observa que los tumores encontrados parecen ser mas pequeños asociarse a mejor pronóstico y tratarse más fácilmente con cirugía conservadora de la mama. (8)

La frecuencia de cáncer de mama está aumentando considerablemente debido a la difusión de métodos de diagnóstico oportuno mediante imágenes lo que ha permitido desarrollar programas de detección precoz de la enfermedad. (9)

Varios factores bien establecidos han sido asociados con un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer de la mama: historia familiar, nuliparidad, menarquia prematura, edad avanzada y antecedentes personales de cáncer de la mama (in situ o invasor).

Por tales características esta enfermedad se ha convertido en un gran problema de salud mundial creándose para ellos programas de detección precoz que permitan su posible prevención y curación como condición básica. ⁽¹⁰⁾

El cáncer de mama todavía no se puede prevenir, la única posibilidad de combatirlo radica en su detección precoz para la cual se han puesto en práctica tres grandes estrategias cuya eficiencia y relación costo-beneficio suscitan muchas controversias el autoexamen del seno (AES), el examen clínico del seno (ECS) y la mamografía. ⁽⁷⁻¹¹⁻¹²⁻²⁰⁾

Se ha establecido por medio de ensayos clínicos que la detección del cáncer por medio de mamografía, acompañada o no de un examen clínico del seno, puede disminuir la mortalidad a causa de este tipo de cáncer. ⁽²¹⁾

The American Cancer Society, Nacional Breast Cancer Coalition Fund and Alamo Breast Cancer Foundation, apoyan la práctica del autoexamen mamario como opción que puede ser tomada individualmente por la mujer, siempre informándole sobre los riesgos y beneficios potenciales de esta técnica. ⁽¹³⁾

Un autoexamen de mamas periódico puede ser la medida más inteligente en la lucha contra el cáncer. Esta práctica constante arroja buenos resultados, ya que alerta sobre la más mínima irregularidad que deberá ser de inmediato informada al médico. ⁽¹⁴⁾

La sociedad contra el cáncer de Estados Unidos de Norteamérica afirma que a partir de los 40 años las mujeres deben someterse a un examen mamario clínico una vez por año. Y mensualmente algunos días después de concluido su periodo menstrual deben examinarse sus senos personalmente teniendo en cuenta la técnica correcta, para lograr el diagnostico precoz de la enfermedad.

Los programas de prevención del cáncer mamario aún no han tenido el éxito esperado y la única garantía para disminuir su impacto es el diagnóstico temprano (13-14).

El AES ha sido ampliamente promovido durante mucho tiempo, sin embargo la comunidad médica ha puesto en tela de juicio su valor pese a que se han hecho pocos estudios para evaluar su eficacia. La mayor parte de las investigaciones sugieren un efecto beneficioso e indican que las mujeres que practican el AES tienen tumores más pequeños y menos metástasis en los nódulos linfáticos regionales que en las que no lo practican.

La supervivencia entre las primera ha sido del 75% en comparación con el 57% entre las otras, esta ventaja persiste aún después de que hacen los ajustes por edad, método de detección, historia familiar y tiempo transcurrido antes del tratamiento. Se puede afirmar que el AES es ventajoso y que carece de efectos secundarios adversos, parece la ventaja adicional de familiarizar a la mujer con su propio cuerpo y de permitir la detección de cambios morfológicos pequeños. (15)

El programa de promoción de la salud de la OMS recomienda que en América Latina el examen se inicie antes los 35 años. Esto implica dedicar mucho esfuerzo a educar al público en acciones de salud encaminadas a divulgar y enseñar el autoexamen de mama, para lo cual es necesario determinar lo que conoce nuestra población femenina de este procedimiento, esto nos toca precisamente al médico de la familia, el cual tiene dentro de sus objetivos fundamentales la prevención, promoción y diagnóstico precoz de esta patología. (9-16)

En Cuba el Programa Nacional del Cáncer de Mama conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía.

En nuestro país, este método se indica practicar a partir de los treinta años de edad, porque es a partir de esta edad que la mujer se incluye en el riesgo de padecer el cáncer de mama.

El médico y la enfermera de la familia desempeñan una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, son el primer eslabón por donde comienza la mujer a transitar desde que ella o su equipo de salud diagnostican algún síntoma o signo de afección mamaria, pero la aplicación de dicho programa y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido dificultades en la divulgación del autoexamen y su importancia, en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama. ⁽¹⁷⁾

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres y los síntomas que lo sugieren son incluso más comunes. En EE. UU., casi 15 millones de mujeres cada año solicitan atención médica a causa del temor al cáncer de mama y se diagnostican >190.000 casos nuevos anualmente. Por cada paciente diagnosticada de la enfermedad, otras 5 a 10 presentan biopsias compatibles con lesiones benignas. Otros trastornos como la mastalgia (asociada a un quiste subyacente o sin relación con ningún hallazgo en la mama) y la secreción del pezón también son motivo frecuente de consulta. ⁽²²⁾

Se ha comprobado que a mayor asociación de factores corresponde mayor incidencia de cáncer mamario. Es ineludible que este conocimiento permite agrupar a estas mujeres y dirigir hacia ellas las acciones de salud necesarias para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer mamario. ⁽²³⁾

Estos factores de riesgo se agrupan de la manera siguiente:

1. Edad mayor de 40 años.
2. Nulíparas.
3. Primer parto después de los 30 años de edad.
4. Ausencia de lactancia materna.
5. Menarquía temprana (menor de 10 años).
6. Menopausia tardía (mayor de 55 años).
7. Obesidad posmenopáusica.
8. Tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia.
9. Antecedente de hiperplasia atípica por adenosis mamaria.
10. Antecedente personal de cáncer en mama, endometrio u ovario.
11. Antecedente familiar cercano de cáncer mamario.

Más del 80% de los cánceres de mama se descubren en forma de un nódulo. Menos frecuentemente, las pacientes consultan por una historia de dolor sin masas mamarias, con aumento de tamaño o un engrosamiento mal definido de la mama. Un hallazgo típico durante la exploración física es una masa dominante: un nódulo claramente diferente del tejido mamario circundante. Los cambios fibróticos difusos en un cuadrante, generalmente el cuadrante superior externo, son más característicos de los trastornos benignos, mientras que un engrosamiento ligeramente más firme que no se aprecia en la mama contralateral puede significar un cáncer. Los tumores más avanzados se caracterizan por fijación de la masa a la pared torácica o la piel suprayacente, por la presencia de nódulos satélites o úlceras cutáneas, o por la exageración de las marcas cutáneas normales que es consecuencia de linfedema (piel de naranja). Si existen ganglios linfáticos axilares y/o supraclaviculares fijos o unidos o una linfadenopatía infraclavicular, es poco probable que la cirugía sea curativa. El cáncer inflamatorio es particularmente agresivo y se caracteriza por inflamación y agrandamiento difusos de la mama, con frecuencia sin una masa objetiva.

La exploración mamaria por la propia paciente o por el médico se inicia con la inspección visual de asimetrías en el tamaño de las mamas, inversión del pezón, protrusiones o depresiones. (23)

La paciente debe ser instruida durante su visita anual acerca de la autoexploración por el médico o una enfermera especialmente entrenada. Se puede afirmar que el AES es ventajoso y que carece de efectos secundarios adversos, parece la ventaja adicional de familiarizar a la mujer con su propio cuerpo y de permitir la detección de cambios morfológicos pequeños (21) Este examen debe realizarse mensualmente, los tumores detectados mediante esta técnica suelen ser de menor tamaño, asociarse con un mejor pronóstico y ser más fácilmente tratables mediante cirugía conservadora.

Es la mujer la que mejor conoce sus senos. El Médico y la Enfermera de la familia deben enseñar a las mujeres el método de autoexamen mamario que debe practicarse con una prioridad mensual, preferiblemente una semana después de cada menstruación, para las que aun menstrúan; de lo contrario se orientara realizar un día fijo para cada mes, además de lograr convencerla del papel primordial de este proceder

en el Programa Nacional de Cáncer de mama. ⁽¹⁸⁾La técnica para enseñar es la misma que se aplica en relación con el examen físico frente a un espejo (inspección), durante el baño, sentada o acostada con una almohada debajo del hombro de la mama a examinar (palpación).

Realización del examen físico de las mamas:

El examen físico de las mamas se debe realizar por el programa una vez al año o cuantas veces la mujer lo solicite y debe incluir:

1. Inspección:

- ❖ Orientar descubrir toda la región torácica y situar a la mujer de frente al observador-valido además para la palpación.
- ❖ Estableces los perímetros a examinar:
 - ✓ Borde superior: debajo de la clavícula.
 - ✓ Borde inferior: a nivel de la línea inframamaria.
 - ✓ Borde medial: a nivel de la línea medio esternal.
 - ✓ Borde lateral: a nivel del borde lateral axilar.
- ❖ Colocar a la mujer con los brazo a ambos lados del cuerpo, con las manos en las cintura para provocar contracción de los pectorales y orientar elevar ambos brazos , para buscar:
 - ✓ Simetría de los senos.
 - ✓ Características de la piel: cambio de color, textura, vascularización, etc.

2. Palpación. Puede ser con la mujer sentada o acostada.

- ❖ Sentada: la mujer debe elevar el brazo de la mama a examinar sobre la nuca.
- ❖ Acostada en decúbito supino: es la posición más importante en especial en senos prominentes, con el brazo elevado, sobre el que descansa la cabeza, del lado a examinar y colocar una almohada debajo del hombro de la mama que se explorara; el examinador debe pararse del lado que se examina.

La palpación debe realizarse con los pulpejos de los 3 dedos centrales; y se deberán ejercer los 3 grados de presión sobre la mama, ligera, moderada y fuerte. ^(24, 25, 26)

El patrón de búsqueda puede ser circular, en sentido de las manecillas del reloj, en cuña, que es el patrón mas recomendado, comenzando de afuera hacia adentro y vertical, o sea de arriba hacia abajo y viceversa. Incluir siempre la región retroareolar y buscar secreciones por el pezón. ⁽²⁷⁾

Para explorar las regiones axilares, se debe orientar a la mujer la caída suave de la extremidad del lado que se examina.

No se usará jabón ni lubricantes para la palpación.

Al finalizar se comprobara si la mujer examinada aprendió la técnica adecuadamente para su autoexamen.

La mamografía rutinaria reduce la mortalidad por cáncer de mama en un 25 a 35% en mujeres asintomáticas ≥ 50 años y probablemente en un porcentaje menor en mujeres < 50 años. En los estudios de detección selectiva (screening), aproximadamente un 40% de los cánceres se identificaron mediante mamografía pero no con la exploración física. En mujeres > 50 años debe realizarse una mamografía anualmente. Sin embargo, existe un desacuerdo importante acerca del screening en mujeres entre 40 y 50 años. Las recomendaciones en este grupo de edad incluyen una mamografía anual (según la American Cancer Society), una mamografía cada 1-2 años (The National Cancer Institute) y la no indicación de mamografías periódicas (The American College of Physicians, que considera dudosos los resultados en este grupo de edad). Por lo que todavía conserva un eslabón fundamental el autoexamen de mamas. ⁽⁹⁾

CAPITULO II: ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre autoexamen de mamas en la población femenina mayor de 30 años pertenecientes al Consultorio 22 en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2010.

El universo y la muestra de estudio estuvieron constituidos por 226 que constituyen la población de mayores de 30 años, pertenecientes a dicho consultorio a las cuales se les aplicaron criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Estar dispensarizada en el consultorio.
- Voluntariedad de las pacientes.

Criterios de exclusión:

- No cumplir con lo anterior.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis – síntesis:** Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Análisis histórico – lógico:** Se aplicó con el objetivo de estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el curso de su historia, por lo que se empleó para indagar sobre el conocimiento de las mujeres sobre el autoexamen de mamas.
- **Inducción -deducción:** Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

- **Hipotético –deductivo:** Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

- **La observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.
- **La encuesta o instrumento (anexo 2):** Se utilizó como técnica para la obtención de la información, dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a las mujeres, para evaluar los conocimientos de las mismas acerca del autoexamen de mamas.
- **El procesamiento estadístico:** Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.
- La recolección de los datos se realizó a través de encuestas a las mujeres mayores de 30 años (fuente activas o primarios) y a partir de registros de morbilidad del departamento de estadística y de H.S.F (fuentes pasivos o secundarias). A partir de los datos recogidos se explicó encuesta realizada por la autora de la investigación (previamente validada) antes y después de la intervención. (Anexo No.2).

Operacionalización de las variables.

Edad: Variable Cuantitativa continúa.

Se expresa en:

Edad cumplida en años a partir de la fecha del último cumpleaños.

- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80 y más

El indicador a medir es el porcentaje de pacientes según grupos de edad.

Realización del autoexamen de mamas: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Se expresa en:

- Si: Cuando la mujer refiere que se realizaba el autoexamen de mamas.
- No: Cuando la mujer refiere que no se realizaba el autoexamen de mamas.

Escolaridad de la mujer: variable cualitativa ordinal.

Se expresa en el último nivel de enseñanza aprobado.

- Primaria sin terminar.
- Primaria terminada.
- Secundaria terminada.
- Pre universitario terminado.
- Técnico terminado.
- Universitario terminado.

El indicador es el Porcentaje de cada paciente según el nivel de enseñanza.

Antecedentes Patológicos familiares. Variable cualitativa nominal.

Se expresa teniendo en cuenta familiares de primer orden (madre, hermana, abuela, tía) con antecedentes de enfermedades de la mama.

- Si: Aquellas que presentan antecedentes familiares de primer orden de enfermedades de la mama benigna y maligna.
- No: No tiene familiares con enfermedades de la mama.

Antecedentes Patológicos personales variable cualitativa nominal.

Se expresa teniendo en cuenta antecedentes personales de enfermedades de la mama.

- Si: Aquellas que presentan de enfermedades de la mama benigna y maligna.
- No: No tiene antecedentes personales de enfermedades de la mama.

Conocimiento de la técnica del auto examen de mamas:

Variable cualitativa ordinal Dicotómica.

Se expresa de acuerdo a la información que poseen las pacientes según su opinión.

- Si conocen: Aquellas mujeres que refieren que conocen como se realiza el auto examen de mamas según su opinión.
- No conocen: Aquellas mujeres que refieren que no conocen como se realiza el auto examen de mamas y que no saben que existe según su opinión.

El indicador a medir es el por ciento de mujeres que tienen o no información.

Medios a través de los cuales adquieren información: variable cualitativa ordinal.
Se expresan en los medios a través de los cuales las pacientes obtienen información según su opinión:

- Radio
- Televisión
- Prensa
- Revistas
- Consultorio
- Otros

Exploración Médica de la realización del autoexamen de mamas.

Variable cualitativa ordinal dicotómica.

Realización correcta del autoexamen la mujer se debe acostar decúbito supino, levantar un brazo y colocar la mano debajo de la cabeza, con los 3 dedos del medio se examina todo el seno. Después sentada, se examina la axila, se presionan los pezones y repetir el proceso en la mama contra lateral. Mirarse en un espejo textura y simetría de los senos con los brazos al lado del cuerpo y elevados. Se realiza mensualmente y de 7 a 10 días después de la menstruación, en edad menopausica 1 vez al mes un día fijo.

(7)

Después de aplicada la encuesta la autora del trabajo exploró en la práctica en el consultorio a las pacientes la forma de realizarse el autoexamen de mamas para definir.

- Correcto:
 - Que la mujer realice el autoexamen en todos los cuadrantes, en la posición correcta y conozca la frecuencia y momento de la realización del mismo.
- Incorrecto:
 - Aunque se realice correctamente el autoexamen, no conozca la frecuencia de realización ni el momento.
 - Realización incorrecta del examen y conoce la frecuencia y momento.
- Desconoce:
 - No sabe el momento, ni la frecuencia ni realizar el autoexamen.

El indicador a medir es el porcentaje de mujeres que realizan el autoexamen de mamas correctamente.

Aspectos metodológicos de la estrategia de intervención:

Se elaboró un programa de intervención educativa correspondiente a la salud reproductiva, diseñado en la modalidad de taller. La investigación se implementó en tres etapas: **Identificación, intervención y evaluación.**

Etapas Identificación:

En esta etapa se realizó un primer contacto con las mujeres donde se les explicó en qué consistía la investigación y la importancia de la misma, obteniéndose sus compromisos para la participación en dicha investigación (Anexo 1). Se les aplicó un cuestionario en forma de examen (Anexo 2) para identificar el nivel de conocimiento que poseían sobre el autoexamen de mamas, con los siguientes términos.

- Grupos de edad y realización del autoexamen de mamas.
- Nivel escolar.
- Antecedentes patológicos personales y familiares de enfermedades de la mama.
- Nivel de conocimiento que poseen las mujeres sobre el autoexamen de mamas según su opinión.
- Medios a través de los cuales las mujeres adquieren información sobre el autoexamen de mamas.
- Explorar la realización del autoexamen de mamas.
- Necesidad de aprendizaje sobre el autoexamen de mamas.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Etapas de Intervención

Se impartió un programa educativo (Anexo 4) prediseñado sobre el tema, en cual se incluyeron las necesidades de aprendizaje encontradas luego de la aplicación inicial del examen.

Se realizó un encuentro semanal por cuatro semanas consecutivas con un tiempo de duración dependiente del tipo de actividad, cada una se reforzó al inicio con un recuento del tema anterior.

Los temas abordados en las actividades fueron:

- Anatomía de la mama.
- Ubicación y cuadrante.
- Principales detalles anatómicos.
- Factores de riesgo.
- Técnica del autoexamen de mamas.
- Signos de alarma

Etapas Evaluativas

Se aplicó el examen después de terminado el Programa Educativo, el cual fue evaluado de la misma forma y permitió determinar la variación en el nivel de conocimientos sobre el tema luego de la intervención.

Los resultados se expresaron en forma de tablas las que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Comité Académico de la Maestría de Atención Integral a la Mujer de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Aporte Práctico de la Investigación.

Programa de Intervención Educativa.

Programa Educativo para incrementar los conocimientos sobre el autoexamen de mamas en el consultorio 22 en el área norte Morón.

La intervención educativa diseñada consta de la siguiente estructura. (Anexo 4)

- Objetivo general elaborado tomando en consideración las necesidades reales detectadas en la identificación inicial.
- Objetivos específicos elaborados sobre la base de las aspiraciones a alcanzar en cada una de las acciones a desarrollar.
- Acciones: Planificadas de manera tal que abarquen las temáticas más actuales sobre el autoexamen de mama.
- Formas Organizativas: Posibilitaran el desarrollo armónico de las acciones que se proponen.
- Tiempo: Posibilita la planificación y concreción de las acciones.
- Medios de enseñanzas: Manifiesta el modo de expresarse el método a través de distintos tipos de objetos materiales o la palabra del docente.

Actividad # 1

Objetivos:

- Presentación de los miembros del grupo.
- Brindar información a los participantes sobre los propósitos que perseguimos con este programa.
- Identificar el nivel de conocimientos existentes antes del programa educativo.
- Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo entre las mujeres a capacitar.

Contenidos:

- Presentación del programa.
- Encuesta.
- Consenso de normas grupales.
- Recoger el consentimiento informado de las mujeres a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Papel, lápiz.

Frecuencia: 1 vez.

Responsable: Investigador.

Participantes: Mujeres a capacitar.

Actividad # 2

Objetivo:

Elevar los conocimientos acerca de la anatomía de la mama así como de los diferentes factores de riesgos.

Tipo de actividad: Clase teórico Práctica

Recursos: Computadora, Pizarra, Marcador

Responsable: Investigador

Participantes: Mujeres a capacitar

Actividad #3

Objetivo:

Demostrar la técnica de realización del autoexamen de mamas, así como identificar los signos de alarma.

Tipo de actividad: Clase teórico práctica.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: 1 vez.

Responsable: Investigador.

Participantes: Mujeres a capacitar.

Actividad4: Cierre y evaluación.

Objetivo:

Elevar los conocimientos sobre el autoexamen de mama y la conducta a seguir ante la identificación de un signo de alarma.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices.

Frecuencia: 1 vez.

Responsable: Investigador.

Participantes: Mujeres capacitadas.

Estrategia docente: El taller será impartido una vez a la semana por 4 semanas consecutivas. En las clases se presentarán power point diseñados para el propósito.

Todas las actividades tendrán un enfoque interactivo con papel activo de las cursistas en el proceso enseñanza aprendizaje.

Impacto Socio-Económico.

Al elevar el nivel de conocimiento de las mujeres con respecto a la realización correcta del autoexamen de mamas se logra el diagnóstico precoz del cáncer de mama , se reduce la mortalidad, aumenta la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las enfermas, mediante el uso del tratamiento adecuado según el estadio de la afección de la mama logrando disminuir con el accionar de promoción y prevención los gastos y costo por concepto de alimentación, estadio hospitalario, exámenes de laboratorio clínico, Radiología, ultrasonido, anatomía patológica, tiempo en unidad Quirúrgica, con un monto aproximado de \$143.45 pesos por paciente.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Intervención Educativa sobre Autoexamen de mamas en la población femenina mayor de 30 años pertenecientes al Consultorio 22 en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2010

Tabla 1: Distribución de las pacientes femeninas mayores de 30 años del Consultorio 22, según grupos de edad y realización del autoexamen de mamas.

Grupos de edad	<i>Realización del autoexamen de mamas</i>									
	Antes				Después				Total	
	Si		No		Si		No			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
30 a 39	11	4,9	67	29,6	78	34,5	-	-	78	34,5
40 a 49	24	10,6	31	13,7	55	24,3	-	-	55	24,3
50 a 59	15	6,6	18	8,0	33	14,6	-	-	33	14,6
60 a 69	9	4,0	30	13,3	39	17,3	-	-	39	17,3
70 a 79	3	1,3	12	5,3	15	6,6	-	-	15	6,6
80 y más	-	-	6	2,6	6	2,7	-	-	6	2,7
Total	62	27,4	164	72,6	226	100,0	-	-	226	100,0

Al analizar la distribución de las entrevistadas según grupos de edad y realización del autoexamen de mamas podemos observar que el 72, 6 % de las mismas no se realizaban el autoexamen antes de la intervención, realizándose el mismo solo el 27,4% de las mujeres correspondiendo el mayor porcentaje a el grupo de edad de 40 a 49 años.

Coincidiendo con lo planteado por Cabrera Nogueira en su estudio donde el mayor porcentaje de las mujeres no practican el autoexamen de mamas, para un 78,72 % alegando como causa predominante el desconocimiento de la técnica. Solo lo practican 103 mujeres, las que arbitrariamente exploran sus mamas una vez al año.

Varios son los factores que se informan que inciden negativamente en la ejecución del AES pero el que más peso tiene es el desconocimiento teórico práctico sobre el tema (54,07 %). La Organización Panamericana de la Salud, recomienda iniciarlo antes de los

35 años y mientras más temprano mejor, y dirigir todos los esfuerzos hacia la educación de la juventud en este sentido. ⁽⁴¹⁾

La constatación de que casi la mitad de las entrevistadas no se realizaban el AEM, expresa que hay falta de preparación por parte de las mujeres con relación a un procedimiento tan simple y que pudiera prevenir consecuencias mayores; pues la frecuencia de la realización del AEM, influye directamente en la precisión del mismo ⁽⁴²⁾.
Carvalho Fernández

Tabla 2: Distribución de las pacientes femeninas mayores de 30 años del Consultorio 22, según Nivel de escolaridad.

<i>Nivel de escolaridad</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Primaria sin terminar	27	11,9
Primaria terminada	23	10,2
Secundaria básica	58	25,7
Bachiller terminado	52	23,0
Técnico terminado	28	12,4

Universitario	38	16,8
Total	226	100,0

Al observar la distribución de las pacientes según Nivel de escolaridad, podemos decir que el mayor por ciento (25,7%) corresponde a la secundaria básica.

Coincidiendo estos resultados con los de la Dra. Blanco de la Paz y colaboradores donde plantean que el mayor por ciento de las mujeres de su estudio tenían nivel de escolaridad secundario. ⁽⁴³⁾

Otros autores como Cabrera Nogueira obtuvieron en su estudio que el nivel de escolaridad estuvo distribuido entre la enseñanza media y universitaria con 257 compañeras para un 44,31 % y 323 para un 55,69 % respectivamente. ⁽⁴¹⁾

Tabla 3: Distribución de las pacientes femeninas mayores de 30 años del Consultorio 22, según Antecedentes patológicos personales.

<i>Antecedentes Patológicos Personales (quites, nódulos, tumores u otros).</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Si	54	23,9
No	172	76,1
Total	226	100,0

Si observamos la tabla 3 podemos decir que el 23,9 % de las mujeres presentaban antecedentes patológicos personales de afecciones mamarias, constituyendo esto un factor de riesgo importante.

Coincidiendo con lo planteado por múltiples autores que afirman que los antecedentes personales como las enfermedades benignas de la mama como las lesiones proliferativas no atípicas, la hiperplasia atípica, el carcinoma de mama previo, ya sea infiltrante o *in situ*, y el carcinoma de endometrio son también factores de riesgo. (44-45)

Tabla 4: Distribución de las pacientes femeninas mayores de 30 años del Consultorio 22, según Antecedentes patológicos familiares.

<i>Antecedentes Patológicos Familiares (quites, nódulos, tumores u otros).</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Si	58	25,7
No	168	74,3
Total	226	100,0

En este estudio podemos encontrar que el 25,7 % de las mujeres presentaban antecedentes patológicos familiares de afecciones mamarias.

Lo que coincide con otros autores los cuales plantean que los antecedentes familiares en primer grado con cáncer de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer, sobre todo si se ha diagnosticado en edad premenopáusica; la presencia de cáncer de mama en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo.

Aproximadamente el 8% de todo los casos de cáncer de mama son hereditarios. La mitad de los casos se atribuyen a la mutación en dos genes de susceptibilidad de cáncer de mama: el BRCA1 y BRCA2. Se presenta con más frecuencia en mujeres premenopáusicas y de manera preferentemente bilateral. ⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾

Tabla 5: Distribución de las pacientes femeninas mayores de 30 años del Consultorio 22, según Nivel de conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas antes y después de la intervención.

<i>Nivel de conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas</i>	<i>Antes</i>		<i>Después</i>	
	No	%	No	%
La conoce	102	45,1	226	100,0
No la conoce	124	54,9	-	-
Total	226	100,0	226	100,0

Al encuestar las mujeres en este estudio se pudo comprobar que antes de la intervención el mayor por ciento de las mismas, es decir, el 54,9% refieren que no conocen como se realiza el autoexamen de mamas, logrando después de la intervención que el 100 % de las mujeres elevaran el nivel de conocimiento sobre esta técnica.

Coincidiendo nuestros resultados con lo reportado por Carvalho Fernández la cual obtuvo elevado el porcentaje de mujeres que refirió no poseer conocimiento alguno acerca del AEM. ⁽⁴²⁾

Tabla 6: Distribución de las pacientes femeninas mayores de 30 años del Consultorio 22, según Medios a través de los cuales adquirieron la información.

<i>Medios de información</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Radio	119	52,6
Televisión	195	86,3
Prensa	63	27,9
Revistas	74	32,7
Consultorio	171	75,8
Otros	29	12,8

Al observar esta tabla podemos ver que el mayor por ciento aún lo logra la televisión lo que nos dice que aún la actividad del consultorio es deficiente en este aspecto.

No coincidiendo nuestros resultados con lo planteado por otros autores donde la mayoría contestó que las aprendieron a través del equipo básico de salud. La labor de divulgación del médico y la enfermera superó el resto de los medios de aprendizaje. (41-

42-46)

Hernández Costales, en su estudio también plantea que al explorar el conocimiento de las técnicas del autoexamen mamario se comprobó que 55 mujeres, el 55%, no conocían estas técnicas (46)

Tabla 7: Distribución de las pacientes femeninas mayores de 30 años del Consultorio 22, según realización de la técnica del autoexamen de mamas antes y después de la intervención.

<i>Realización de la técnica del autoexamen de mamas</i>	<i>Antes</i>		<i>Después</i>	
	No	%	No	%
				97,8
Correcto	13	5,7	221	
Incorrecto	166	73,5	5	2,2
Desconoce	47	20,8	-	-
Total	226	100,0	226	100,0

Al observar la realización de la técnica del autoexamen de mamas por las mujeres del estudio antes de la intervención, pudimos comprobar que el 73,5 % de las mismas lo realizaban de forma incorrecta y el 20,8 % desconocía como realizarlo. Luego de la intervención se logró que el 97,8% de las mismas lo realizaran correctamente.

Nuestros resultados coinciden con otros autores donde el mayor por ciento de sus pacientes no realizaba de forma correcta el autoexamen de mamas. (42-45)

CONCLUSIONES.

Al aplicar este estudio pudimos comprobar que antes de aplicar la intervención educativa, las mujeres mayores de 30 años del consultorio 22 del Área Norte del municipio Morón, tenían bajo nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mamas, a pesar de ser una técnica simple, que se divulga a través del médico - enfermera de la familia y los medios de difusión masiva, aún existe desconocimiento del mismo en un importante numero de la población femenina conducta que puede ser transformada al aplicar una intervención educativa para elevar conocimiento y autorresponsabilidad de la mujer con respecto a este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1-. Ferlay J. Cáncer, Incidente, Mortaly and Prevalence. Worldwide: globocan; 2005.
- 2-. Schwartzmann G. Breast cancer in south America: challenges to improve eearly detection and medical management of a public health problem. Journal of clinical oncology. 2005;30(2):14-17.

- 3-. Sasco A J. Epidemiology of Breast cancer. APMIS. 2001 ;(109):321-332.
- 4-.Martínez C, Valentín R. Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el periodo climaterio. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006; .32 (3): 12- 17.
- 5- Anuario estadístico 2007. Mortalidad por tumores malignos en el sexo femenino según grupos de edad [página en Internet]. 2007 [actualizada 2 sep 2008; citado 8 Sep 2008]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/anuario/>
- 6- Saldiña Ponce R. Autoexamen de mama: Un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en la Atención Primaria de Salud [página en Internet].La Habana: Infomed; 2006 [actualizada 15 Ene 2009; citado 26 Ene 2009]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22-3-06/nf09306.htm>
- 7- Rincón E M. Evaluación del desempeño de servicios ambulatorios de prevención de cáncer de mamas. Bolivia: Universidad Simón Bolívar; 2003.
- 8- Historia natural del cáncer de mamas [página en Internet]. La Habana: Infomed; 2006 [actualizada 11 Ene 2007; citado 21 Ene 2007]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_natural_del_c%C3%A1ncer_de_mama
- 9-. US.Preventive Services.task force screening for Breast [página en Internet]. 2002 [actualizada 12 Ene 2009; citado 28 Ene 2009]. [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://cáncer.www.ahrq.gov/clinic/3rdusptf/breast_cáncer/brcanrr.htm
- 10- Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral .vol II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
- 11-.Powell D, Besteñin C. Enfermedades de la mama. Diagnóstico y detección. España: ED. Musbiyn; 1995.
- 12-. Hernández-Muñoz G. Avances en Mastología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996.
- 13-.[Fonseca R](#), [Hartmann LC](#), [Petersen IA](#). Ducktail carcinoma in situ of the breast. Annals of Internal Medicine. 1999; 127(11): 1013-1022.
- 14-.Robles S, Galanis E. Breast cancer in Latin American and the Caribbean raising .Washington: Pan American health organization; 2001.
- 15-.Meoño ME. Fundación nacional de solidaridad contra el cáncer de mama. Costa Rica: (FUNDESO); 2006.

16-.Calvo M. Patología benigna mamaria. Estudio comparativo sobre 100 casos. Rev Senol Patol Mam. 1992; 5(3):123-132.

17-. Dirección general de estadística, informática y evaluación, secretaría de salud. Daños a la salud. Boletín de información estadística .1992; 20(3): 10-15.

18-.Morales R, Pollan A. Morbilidad del cáncer de mamas en la mujer. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(3) 247-52.

19- Montero Ruiz J. Historia del tratamiento del cáncer de mama [monografía en Internet] España: Asociación Española de Cirujanos; 2006 [citado 9 Ago 2009]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revisiones/cir09-06/09-06-04.htm>.

20-. Fernández L. Diagnóstico precoz del cáncer de mama. Rev Cubana de Oncol. 1996; 2 (1) 5 – 13.

21- Pérez Suárez CM, Pérez Suárez MJ, Pérez Profet EJ. Afecciones mamarias su comportamiento en nuestro medio. Rev Cubana Onc. 1997; 13(2): 104-110.

22- Sevil U, Atan SU, Kiris H, Tok F, Colak G, Sagit B. Peer education project on breast self-examination in Izmir , Turkey . Asian Pac J Cancer Prev. 2005 ; 6(1):29-32.

23- Sardiñas R. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Rev. Haban Cienc méd C. Habana. 2009; 8(3): 23- 26.

24- Kols A. Cáncer de mamas: incidencia en aumento y opciones limitadas.2005; 19(4):1-8.

25- Rigor Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

26- Cabero Roura L, Balagueró L. Ginecología, Oncología y patología mamaria. Manual MERCK, 10^{ma} edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

27- González Limonte M, Isla Valdés M, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones mamarias benignas y malignas. Principales afecciones en los contextos familiar y social. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. 2da Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 400-403.

28- Kols A. Cáncer de mamas: incidencia en aumento y opciones limitadas. Rev Cubana de Oncol .2002; 19(4):1-8.

29- Alonso Gordo JM, Magro Pretejer R. Cáncer de mama. En: Martínez Pérez JA, Alonso Gordo JM, Albert Cuñat V. Cáncer y medicina de familia. Madrid: Semergen; 2002. p. 43-56.

30-Apantaku LM. Breast cancer diagnosis and screening . American Family Physician [serie en Internet] 2000 [Citado 28 Feb 2009]; 25(3): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20000801/596.html>.

31-Bellas B, Cierco P, González J, Martín N, Melus E, Alonso JM. Cáncer de mama. Programa de actividades preventivas y de promoción de la Salud. Actualización 2001. Aten Primaria. 2001;Supl2:42-71.

32- Canadian Medical Association. Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer [serie en Internet] 2001 [Citado 9 Ene 2008]; 24(4): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/158/3/DC1>

33- Cancer of the breast. EBMG, Finnish Medical Society Duodecim [serie en Internet] 2001 [Citado 24 Feb 2009]; 13(1): [aprox. 7p.]. Disponible en <http://195.236.0.10/ltk-root/eng/htm/PDG/P25033.HTM>

34-Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).Health Care Guideline: Breast Cancer Treatment [Internet] 2001 [Citado 5 Ene 2008]; 23(2): [aprox. 8p.].Disponible en: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=154>

35-Martínez F, Téllez F, Sierra A. Protocolo unificado en el cáncer de mama. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Cirujanos, Sección de Patología Mamaria. CIRUGEST; 2002. [Citado 9 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/Revisiones/Cir09-06/09-06-16.htm>

36-National Cancer Institute. Cáncer del seno (mama) [Internet]; 2003. [Actualizada 28 Feb 2009; citado 4 Mar 2009]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/healthprofessional/>

37-New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the Surgical Management of Breast Cancer [Internet].Auckland, New Zealand; 1998 [Fecha de consulta 9 de enero de 2005]. Disponible en: http://www.nzggg.org.nz/library/gl_complete/nz-only/breastcancer/

38-Rosenthal T C, Stirling M P. Screening for Genetic Risk of Breast Cancer. American Family Physicina [serie en Internet]2005 [Consultado 2 Feb 2008];12(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/990101ap/99.html>

39- Saigi E. Pujadas J. Descenso de la mortalidad por cáncer de mama. Rev FMC. 2001; 8(9):585-586.

40-Santomé L, Baselga J. Actualización en cáncer de mama. Aspectos clínicos y terapéuticos. Rev FMC. 2001; 8:597-605.

41- Cabrera Nogueira G, López González M .Autoexamen de mama: nivel de conocimiento. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006; 32 (3): 15-18.

42- [Fátima Carvalho A, Silva de Oliveira M, Rejane Ferreira E](#). Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet] 2006 [Consultado 24 Oct 2008]; 22(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22-3-06/nf09306.htm>.

43- Blanco de la Paz M .Intervención educativa sobre la técnica del autoexamen mamario. Rev Mediciego [serie en Internet] 2005 [Consultado 24 Oct 2008]; 14(supl 108): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14-supl1-08/articulos/a1-v14-supl108.html>.

44- Holli K. Breast cáncer [página en Internet]. Duodecim Medical Publications; 2006 [actualizada 10 Jul 2007; citado 21 Jul 2007]. [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://ebmg.wiley.com/ebmg/>

45- Natinonal Comprehensive Cáncer Network NCCN Clínica Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer [serie en Internet] 2007 [citado 27 Jun 2007]; 12(1): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf

46- Hernández Costales I, Acanda Díaz M, Rodríguez Torres C. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet] 2003 [citado 24 Oct 2008]; 19(3): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19-3-03/enf06303.htm>.

ANEXO No.1

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo_____ me comprometo a participar en la investigación conocimiento sobre el autoexamen de mamas en las mujeres mayores de 30 años, bajo el compromiso de que esta información no será divulgada por ninguno de los autores de la misma.

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS
(INVESTIGADOR)

FIRMA

ANEXO NO.2

ENCUESTA PARA CARACTERIZACION DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS DE PACIENTES MAYORES DE 30 AÑO.

Nombres y apellidos: _____

Marque con una cruz(X)

I EDAD

- 30-39 _____
- 40-49 _____
- 50-59 _____
- 60-69 _____
- 70-79 _____
- 80 y más _____

II SE REALIZA EL AUTOEXAMEN DE MAMAS

SI _____

NO _____

III ESCOLARIDAD

- Primaria sin terminar _____
- Primaria terminada _____
- Secundaria terminada _____
- Pre universitario terminado _____
- Técnico terminado _____
- Universitario terminado _____

IV-. Usted tiene antecedentes patológicos personales de algún tipo de enfermedad de la mama (quistes, nódulos tumores u otros)

SI _____

NO _____

V-. En su familia (madre, abuela, hermana, tía) han presentado alguna enfermedad de la mama (quistes, nódulos tumores u otros)

SI _____

NO _____

VI-. Usted tiene conocimientos sobre que es el autoexamen de mama y su técnica.

- Lo conoce_____
- No lo conoce_____

VII-. Marque con una cruz(X) los medios a través de los cuales usted ha obtenido información sobre el autoexamen de mamas.

- Radio_____
- Televisión_____
- Prensa_____
- Revistas_____
- Consultorio_____
- Otros_____

ANEXO No.3

Exploración del autoexamen de mamas realizado en el consultorio una vez aplicada la encuesta por la autora del trabajo.

EXPLORACION DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN

- Correcto _____
- Incorrecto _____
- Desconoce _____

ANEXO No. 4

PROGRAMA EDUCATIVO

Tipo de actividad: Taller

Título: Técnica de realización del autoexamen de mamas.

Fundamentación:

El enorme problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de mama refleja el hecho de que en Cuba es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer y se diagnostican cada año más de 1 600 casos nuevos. Si estas cifras son alarmantes, más preocupante es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr y que hoy se pone en tela de juicio el valor real de una medida de atención temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen de mamas. El médico y la enfermera de la familia desempeñan una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, pero la aplicación de dichos programas y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido dificultades en la divulgación del autoexamen y su importancia, en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente planteado nos proponemos realizar una intervención educativa con vistas a elevar el nivel de conocimiento de las mujeres con respecto a la realización correcta del autoexamen de mamas y así realizar el diagnóstico precoz de esta enfermedad, reducir la mortalidad, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las enfermas mediante el uso del tratamiento adecuado.

Objetivo: Elevar el nivel de conocimientos de las mujeres en la realización de la técnica correcta del autoexamen de mamas.

Requisitos de ingresos:

- Mujer mayor de 30 años
- Pertenecer al Consultorio 22 del Área norte
- Estar dispuesta a participar en la investigación.

Programa Analítico

Tema No.1: Presentación del programa

Sumario:

1. Participación de los participantes y el programa.
2. Aplicación a la encuesta.
3. Cierre.

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo entre las mujeres a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Papel, lápiz.

Frecuencia: 1 vez.

Responsable: Investigador.

Participantes: Mujeres a capacitar.

Tema No. 2: Anatomía de la mama.

Sumario:

1. Ubicación y cuadrantes.
2. Principales detalles anatómicos.
3. Factores de riesgo.

Objetivo: Elevar los conocimientos acerca de la anatomía de la mama así como de los diferentes factores de riesgos.

Tipo de actividad: Clase teórico Práctica

Recursos: Computadora, Pizarra, Marcador

Responsable: Investigador

Participantes: Mujeres a capacitar

Tema No.3: Técnica del autoexamen de mama.

Sumario:

1. Técnica del autoexamen de mama
2. Identificación de signos de alarma.

Objetivo: Demostrar la técnica de realización del autoexamen de mamas, así como identificar los signos de alarma.

Tipo de actividad: Clase teórico práctica.

Recursos: Computadora.

Frecuencia: 1 vez.

Responsable: Investigador.

Participantes: Mujeres a capacitar.

Tema No.4: Cierre y evaluación.

Sumario:

1. Reafirmación del contenido.
2. Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Elevar los conocimientos sobre el autoexamen de mama y la conducta a seguir ante la identificación de un signo de alarma.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices.

Frecuencia: 1 vez.

Responsable: Investigador.

Participantes: Mujeres capacitadas.

Estrategia docente: El taller será impartido una vez a la semana por 4 semanas consecutivas. En las clases se presentarán power point diseñados para el propósito. Todas las actividades tendrán un enfoque interactivo con papel activo de las cursistas en el proceso enseñanza aprendizaje.

Distribución del Fondo de Tiempo.

FOE	Temas			Evaluación	Total
	I	II	III		
Dinámica de grupo	2				2
Clase Teórico		2	2		4
práctica					
Trabajo	4	4	4		12
independiente					
Evaluación				2	2
Total de horas	6	6	6	2	20

Horas totales: 80 Horas.

La evaluación se realizará mediante la aplicación de la encuesta diseñada al efecto.

Bibliografía:

1- Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral .vol II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.

2-Martínez F, Téllez F, Sierra A. Protocolo unificado en el cáncer de mama. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Cirujanos, Sección de Patología Mamaria. CIRUGEST; 2002. [Citado 9 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/Revisiones/Cir09-06/09-06-16.htm>

3- Blanco de la Paz M .Intervención educativa sobre la técnica del autoexamen mamario. Rev Medicego [serie en Internet] 2005 [Consultado 24 Oct 2008]; 14(supl 108): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14-supl1-08/articulos/a1-v14-supl108.html>