

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA.
Dr. JOSÉ ASEFF YARA.
Policlínico Universitario Docente de Majagua.**

**Estrategia educativa en afecciones mamarias para
mujeres a partir de los 30 años de edad.**

Autora: Yanicel Hernández Guardarrama.
Residente de 2^{do} año de Medicina General Integral.

Tutora: Mayra Cristina Quiñones Rodríguez.
Esp. 2^{do} grado de MGI, Msc. APS, Profesora auxiliar.

Asesora: Reina de la Caridad Torres Pérez.
Lic. Filosofía, Msc. En desarrollo comunitario.

**Trabajo para optar por el título de Especialista en
primer grado en Medicina General Integral.**

**Ciego de Ávila, Año: 2011
Año 53 de la Revolución**

"De todas las penas de este mundo cura, y de todas las heridas del bien obrar la estimación de los hombres verdaderamente buenos; pero con ella misma es incompleta la victoria cuando no se mueve el corazón de la mujer. Él es la medicina; él es el milagro; él es el triunfo".

José Martí.

A mi mamá, por ser la máxima inspiradora del tema y estar siempre a mi lado, donde ha posibilitado mi desarrollo profesional, a mi papá, por no apartarse de mí ni un solo instante dándome su apoyo incondicional, a mis hermanas por ayudarme en todo momento y contar con su presencia todos los días, a mi novio por irradiar mi camino y a toda mi familia, por acompañarme siempre.

Hubiese sido imposible llegar hasta aquí sin la ayuda de esas personas que con su noble esfuerzo y dedicación han puesto su granito de arena en nuestra formación como profesionales. A ellos queremos agradecerles:

A la Revolución Cubana que ha posibilitado nuestros estudios de forma gratuita. A todos los compañeros de trabajo que brindaron su ayuda. A la tutora que siempre tuvo la paciencia necesaria y dedicación incondicional, a la asesora que con su apoyo y orientación diaria fue de vital importancia.

Se realizó una estrategia educativa en afecciones mamarias para mujeres a partir de los 30 años de edad, que según el contexto de la investigación se clasifica en investigación de desarrollo tecnológico por los criterios en descriptiva de corte longitudinal y participativa de intervención comunitaria en el Municipio de Majagua, Provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido de noviembre del 2009 a julio del 2011, con el objetivo de conocer el comportamiento de algunas variables. El universo incluyó 8643 mujeres a partir de los 30 años de edad en el municipio de Majagua, la muestra estuvo conformada por 137 mujeres que fueron encuestadas. El estudio mostró que las edades más frecuentes fueron entre los 50-54 años, el nivel educacional secundaria básica y ocupación las obreras en sentido general. Al realizar el diagnóstico inicial se encontró desconocimiento sobre las afecciones y factores de riesgo de la mama, así como una actitud inadecuada con la realización del autoexamen y acudir al consultorio para la realización del examen. Se encontró sintomatologías mamarias en un tercio de las encuestadas. Se lograron modificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las afecciones mamarias después de aplicada la Intervención Educativa.

PALABRAS CLAVES: ESTRATEGIA Y EDUCACIÓN.

ENFERMEDADES DE LA MAMA.

CONTENIDO	PÁGINA.
Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
Método.....	29
Análisis y discusión de los resultados.....	53
Conclusiones.....	66
Recomendaciones.....	67
Referencias Bibliografía.....	68
Anexo	

INTRODUCCIÓN.

El repaso de la evolución histórica de las afecciones mamarias hasta la situación actual permite ver que siempre se ha movido entre dos parámetros: el órgano que es la mama altamente peculiar y variable en la manera que la percibe la propia mujer y la sociedad y los conceptos médicos científicos para curar sus enfermedades. ⁽¹⁾

En cuanto al órgano, la mama es una glándula especialmente preparada para la producción y secreción de la leche con finalidad nutricia. En este sentido la presencia de este órgano es tan importante que permite la calificación de sus portadores como mamíferos. ⁽¹⁾

La mama cuando se humaniza se convierte en seno. En la mujer el hecho de que sea permanente y no solo evidente durante la lactancia como en el resto de los mamíferos nos muestra la posibilidad de que no solo cumpla con la función nutritiva sino que es capaz de representar fecundidad, el origen del universo, feminidad, belleza, erotismo y sufrimiento por las enfermedades que en ella pueden asentar, como se demuestra en el martirio de la Santa Ágata tantas veces reproducido en el arte o incluso en la muerte de Cleopatra. ⁽¹⁾

El archivo médico más remoto proviene del Antiguo Egipto 1600 años antes que Cristo, donde se han encontrado varios papiros y dentro de los seis principales, uno de los que más información en lo que en cuanto a enfermedades de la mama se refiere, es el papiro de Edwing Smith, encontrado en Tebas (hoy Karnak y Luxar) en 1862. ⁽¹⁾

Estudios realizados han aportado que la mejor forma de reducir los costos que se enfrentan al combatir una enfermedad, son: lograr mantener a la población

lo más sana posible y la detección de las patologías que pueden afectarla en etapas tempranas de su evolución. ⁽²⁾

Con el descubrimiento de una masa en las mamas suele pensarse inmediatamente en cáncer. Sin embargo, es importante recordar que entre el 80 y 85 por ciento de todos los tumores de las mama son benignos, especialmente en mujeres menores de 40 ó 50 años. Las causas benignas incluyen cambios fibroquístico mamarios, fibroadenomas, necrosis grasa (lesión en algunos de los tejidos grasos dentro de la mama) y abscesos mamarios. ⁽³⁾

La mastopatía fibroquística o displasia mamaria es la enfermedad más frecuente de los senos, propia de la tercera y cuarta década de la vida. Las mujeres en edad reproductiva sufren de esta enfermedad en un 50 % en su forma clínica y en un 90 % hay cambios histopatológico. ⁽⁴⁾

El origen de las neoplasia malignas y entre ellas el cáncer de mama, es motivo de numerosas investigaciones, que si bien han arrojados datos de interés que permiten a los científicos a la formulación de hipótesis, el hecho real es que no existe una confirmación certera sobre el tema y los tratamientos aún se mantienen con una eficacia parcial. ^(5, 6)

Cada año se diagnostican 500 mil casos nuevos de cáncer de mama y causa más de 45 000 muertes. Es el tumor que causa más muertes, superando el 30% del total de tumores que afecta a la mujer. ⁽⁷⁾

Los registros de incidencia se están incrementando en muchos países y los cambios son usualmente mayores donde los registros fueron bajos previamente. Desde los estimados en 1990 se han incrementado los registros de incidencia cerca de 0.5 % anualmente. Para este registro puede

incrementarse 1.4 millones de nuevos casos para el 2011. Aunque los datos de cáncer en China registran anualmente un incremento en la incidencia de 3 a 4 % y en todos los países de Asia del Este, los incrementos no han sido muy bajos. Asumiendo el incremento del 3 % en Asia del Este en el mundo en el 2011 sería de 1.5 millones. ⁽⁸⁾

En Uruguay se presenta con una tasa de incidencia de 71.11 % por cada 100 000 mujeres. En los Estados Unidos fallece una mujer cada 15 minutos y constituye la causa más frecuente de muerte entre 15 y 55 años. En Venezuela 24 de cada 100 000 mujeres sufren la enfermedad y constituye la segunda causa de muerte, presenta una mortalidad de 10 por cada 100 mil mujeres. ^(7, 9)

En Cuba constituye la primera causa de muerte en el sexo femenino debido a afecciones malignas, desplazando a los tumores de Tráquea, Bronquios y Pulmón. Según estadística, anualmente se reporta 1750 nuevos casos con una tasa de 16 por cada 100 mil. ^(10, 11)

Se estima que cada año en el Caribe se diagnostican 6 200 casos y en Centro América alrededor de 18 500 casos de cáncer de mama. ⁽¹²⁾

En Ciego de Ávila desde hace 5 años los tumores malignos constituyen la primera causa de mortalidad y específicamente el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en el sexo femenino. En el año 2008 fallecieron en la provincia avileña 46 mujeres por cáncer de mama. ⁽¹³⁾

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado surgen los siguientes problemas científicos:

- Elevada incidencia y mortalidad
- Pocas intervenciones educativas sobre todo en la prevención primaria
- Bajo conocimiento e información de la población femenina

Preguntas científicas

¿Cuáles serán las necesidades educativas en este grupo poblacional sobre aspectos relacionados con alteraciones de las mama?

¿Cuál será la prevalencia referida de riesgo de cáncer de mama y sintomatología que puedan estar presentes en esta población femenina?

¿Justificarán los resultados de la determinación de necesidades educativas el diseño de una estrategia de ese tipo?

Hipótesis

¿Si se realiza la intervención educativa se elevará el nivel de conocimientos de las pacientes femeninas a partir de los 30 años de edad?

OBJETIVOS.

General:

Implementar una estrategia educativa en afecciones mamarias para mujeres

a partir de los 30 años de edad.

Específicos:

1. Realizar un diagnóstico educativo relacionado con las afecciones mamarias en la población femenina a partir de los 30 años de edad del municipio Majagua.
2. Aplicar una estrategia educativa a partir de los resultados obtenidos del diagnóstico educativo.
3. Medir los resultados de la estrategia aplicada.

MARCO TEÓRICO

Las afecciones de mamas representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo en términos epidemiológicos, la neoplasia maligna que más se diagnostica y la mayor causa de mortalidad por cáncer en el sexo femenino. Su incidencia ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, se estima que para el año 2011

habrá 1450 000 casos nuevos, lo que significa un aumento del 82 % con respecto a lo que se estimó en la década de los 90 ⁽¹⁴⁾.

El cáncer de mama como una de las afecciones de mamas más frecuente, es un problema de salud que ha aumentado considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad con una incidencia de 35,1 por cada 100 000 habitantes y 16,1 por cada 100 mil habitantes referente a la mortalidad ⁽¹⁵⁾.

Su incidencia en países occidentales ha sido motivo de varias investigaciones, así en el mundo mueren aproximadamente 250 000 mujeres cada año y de estas, más de 33 000 en Estados Unidos ^(15,16).

En esta enfermedad cerca del 95% de los procesos malignos primarios se originan en los conductos de la mama, 3% en los lobulillos, y el restante 2% en el estroma de sostén ⁽¹⁶⁾.

La existencia del cáncer mamario se remonta a la antigüedad, algunos consideran que fue descrita en el papiro de Smith en el año 3000 a.n.e. En 1971 Galngher y Martín, describieron el Carcinoma mínimo de mama. Esto incluyó el Carcinoma Ductal in situ (CDis) y el Carcinoma Lobulillar in situ (Clis) de cualquier tamaño, así como los carcinomas invasivos con un diámetro de hasta 0.5 cm. ^(16,17).

Tiempo después, el término cáncer temprano de mama (CTM) sustituyó al anterior como una lesión palpable, casi siempre invasiva, con un diámetro de hasta 2 cm. y sin signos avanzados localmente, tales como: edema de la piel, úlcera o dispersión en la caja torácica, nódulos linfáticos axilares negativos y no diseminación a otra parte del cuerpo ^(17,18).

Actualmente el cáncer temprano de mama está definido como una lesión a menudo no palpable y pequeña de hasta 1cm para cánceres invasivos y de cualquier tamaño para lesiones no invasivas ⁽¹⁸⁾.

Para un mejor estudio anátomo-patológico esta oncopatía se ha dividido en las siguientes etapas:

- ETAPA 0: enfermedad in situ, en la cual las células cancerosas se mantienen en su ubicación original dentro del tejido mamario. Conocido como carcinoma canalicular in situ (DCIS, por sus siglas en ingles) o carcinoma lobulillar in situ (LCIS, por sus siglas en ingles) y dependiendo del tipo de células involucradas y la localización, es un estado precanceroso. Solo una pequeña cantidad de los tumores DCIS progresan hasta convertirse en cánceres invasivos. Existe alguna controversia dentro de la comunidad médica sobre la mejor manera de tratar estos DCIS.
- ETAPA I: tumor menor a 2 cm de diámetro sin diseminarse mas allá de la mama.
- ETAPA IIA: tumor de 2 a 5 cm de diámetro, sin diseminación a ganglios linfáticos axilares o tumor de menos de 2 cm con diseminación a dichos ganglios.
- ETAPA IIB: tumor mayor a los 5 cm diámetro sin diseminación a ganglios linfáticos axilares o tumor de 2 a 5 cm con diseminación a estos ganglios.

- ETAPA IIIA: tumor menor de 5 cm con diseminación a ganglios axilares unidos entre sí o a otras estructuras, o tumor mayor de 5 cm con diseminación a estos ganglios.
- ETAPA IIIB: tumor con invasión a la piel de la mama o a la pared torácica, o que se ha diseminado a ganglios linfáticos dentro de la pared torácica a lo largo del esternón.
- ETAPA IV: tumor de cualquier tamaño diseminado mas allá de la mama y la pared torácica, como al hígado, los huesos, los pulmones ⁽¹⁹⁾.

La etapa clínica del cáncer de mama es el mejor indicativo para el pronóstico, además de algunos otros factores ^(19, 20).

Los ganglios linfáticos axilares son la vía principal que las células cancerosas deben utilizar para llegar al resto del cuerpo y su compromiso en cualquier momento afecta significativamente el pronóstico ⁽²⁰⁾.

Existen diversos factores que predisponen para padecer cáncer de mama. A continuación se analizan algunos factores de riesgo:

- ✚ **Sexo:** El simple hecho de ser mujer es el principal factor de riesgo de contraer cáncer de mama, aunque las mujeres tienen muchas más células de mamas que los hombres la razón principal por la que ellas contraen más cáncer de mama se debe a que las células del seno están expuestas constantemente a los efectos de estimulación de crecimiento de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, las que hacen que el cáncer sea mucho más común en las mujeres que en los hombres ⁽²¹⁾.

✚ **Envejecimiento:** El riesgo de padecer cáncer de seno aumenta al envejecer, alrededor del 17 % las mujeres diagnosticadas con cáncer invasivo del seno tienen de 40 a 49 años de edad, mientras que alrededor del 78 % de las mujeres con cáncer invasivo del seno tienen 50 años o más en el momento del diagnóstico ⁽²¹⁾.

✚ **Edad:** La edad es un factor muy importante un 77 % de los casos nuevos y 84 % de las muertes por cáncer de mama ocurren en mujeres de 50 años o más ⁽²¹⁾.

✚ **Factores genéticos:** Algunas familias parecen tener una tendencia genética para el cáncer de mama. Se han encontrado dos genes variantes que parecen intervenir, el BRCA1 y el BRCA2. Los genes P53 y BARD1 también parece ser importante. Otros genes defectuosos que pueden causar cáncer de mama entre los cuales están BRCA3 y el Noey 2 (enfermedad heredada solo del lado paterno de la familia). Estos descubrimientos sugieren que el cáncer de mama ocurre cuando los sistemas de control y vigilancia del puesto contra el cáncer que normalmente eliminan las células anormales, no logran funcionar. La reducción en la capacidad del cuerpo para eliminar las células anormales lleva a que se presente daño que se acumula gradualmente. Las mujeres portadoras de mutaciones de BRCA1 y/o del BRCA2 comienzan con una disfunción preexistente de este sistema y tienen una "ventaja inicial" en este proceso de daño. Las hormonas son importantes porque estimulan el crecimiento celular. Los altos niveles hormonales durante los años reproductivos de una mujer, especialmente cuando estos no han sido interrumpido por los cambios hormonales del

embarazo parecen aumentar las posibilidades de que las células genéticamente dañadas crezcan causando el cáncer. En algunos estudios recientes se ha demostrado que aproximadamente del 5 al 10 % son debido al cambio genético heredado (mutaciones). Las mujeres con mutaciones heredadas de los genes BRCA1 ó BRCA2 tienen hasta un 80 % de probabilidad de contraer cáncer del seno durante su vida y tienen más probabilidades de tenerlo en más temprana edad que las mujeres que nacen sin una de esas mutaciones genéticas. Debido a que las mutaciones hereditarias están en todas las células del cuerpo las mujeres que las tienen también están en alto riesgo de contraer cáncer de ovario aunque las mutaciones BRCA son encontradas con mayor frecuencia en las mujeres judías ashkenazi (Europa Oriental), también se pueden presentar en las mujeres de razas negras e hispanas, muchas de las cuales tienen las mismas clases de mutación que las mujeres judías ashkenazi ^(20,21).

Se han descubierto otros genes que podría también conducir a cáncer hereditario de mamas. Uno es el ATM, que significa mutación ataxia-telangiectasia. Este gen es responsable de la reparación del ADN dañado, se han encontrado mutaciones de este gen en ciertas familias con una alta incidencia de cáncer de seno, otro gen es el CHEK 2, que también aumenta el riesgo de cáncer de mama al doble cuando está mutado ⁽²¹⁾.

✚ **Antecedentes familiares significativos de cáncer de mama:** El riesgo de cáncer de mama es más alto entre las mujeres cuyos

familiares consanguíneos cercanos tienen esta enfermedad. Su riesgo de contraer cáncer de seno aumenta si:

- ✓ Tiene dos o más familiares con cáncer de mama o cáncer de ovario.
- ✓ El cáncer de mama ocurrió antes de los 50 años de edad en un familiar (madre, hermana, abuela o tía) en cualquiera de la familia de uno de sus padres.
- ✓ Tiene familiares del sexo masculino con cáncer de mama ⁽²²⁾.

✚ **Antecedentes personales de cáncer de seno:** Una mujer con cáncer en un seno tiene un riesgo de tres a cuatro veces mayor de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo seno. Esto es diferente a la recurrencia (regreso) del primer cáncer ⁽²²⁾.

✚ **Raza:** Las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad generalmente mayor de padecer de cáncer de mama que la raza negra, sin embargo las mujeres de raza negra tienen más probabilidad de fallecer de este cáncer, muchos expertos ahora creen que la razón principal consiste que las mujeres de raza negra tienen tumores más agresivos, se desconocen las razones de este hecho. Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de contraer y morir de cáncer de mama ⁽²²⁾.

✚ **Biopsia del seno con resultados anormales:** Algunos tipos de condiciones benignas de las mamas están más asociadas a riesgo de cáncer, a menudo se dividen las condiciones benignas de las mamas en tres grupos generales, dependiendo de cómo ellas afectan este riesgo:

lesiones no proliferativas, proliferativas sin atipias y lesiones proliferativas con atipia.

Las lesiones no proliferativas (aquellas que no tienen ningún crecimiento en exceso del tejido mamario) no parecen afectar el riesgo de cáncer de mama, o de afectar el riesgo, es a muy poca extensión, estas incluyen las fibrosis, quistes, hiperplasias leves, fibroadenoma simple, entre otras.

Las lesiones proliferativas sin atipia (aquellas con crecimiento excesivo de células en los conductos ó lobulillos del tejido mamario) parecen aumentar ligeramente el riesgo de una mujer de contraer cáncer de mama (1 ½ a 2 veces lo normal). Estas incluyen la hiperplasia ductal sin atipia, fibroadenoma complejo, adenosis esclerosante, entre otras.

Las lesiones proliferativas con atipia (aquellas con crecimiento excesivo de células en los conductos y lobulillos del tejido mamario y con células que ya no parecen normales) tienen un efecto más fuerte en el riesgo de cáncer de mama. El riesgo es de 4 a 5 veces mayor que el normal. Estas incluyen hiperplasia ductal atípica (ADH) e hiperplasia lobulillar atípica (HLA) (13).

 **Antecedentes de radiaciones:** Las mujeres que siendo niñas o jóvenes recibieron radiación en el área del tórax (como tratamiento a otro tipo de cáncer como la enfermedad de Hodgkin o el linfoma no Hodgkin) tienen un riesgo significativamente mayor de padecer de cáncer de mama. Algunos informes han encontrado que el riesgo es doce veces que el riesgo normal. Esto varía con la edad de la paciente al momento de la radiación. Las pacientes más jóvenes tienen un riesgo más alto. Si también se administró la quimioterapia, el riesgo es menor, ya que la

quimioterapia a menudo detiene la producción de hormonas ováricas. El riesgo de contraer un cáncer de mama parece ser mayor si estaba en desarrollo (durante la adolescencia) cuando se administró la radiación (22,23).

✚ **Períodos menstruales:** Las mujeres que comenzaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años) o que experimentaron la menopausia a una mayor edad (después de los 55) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer de cáncer de mama (23).

✚ **Dietilestilbestrol (DES):** Desde los años 40 a los 60, a algunas mujeres embarazadas se le administraba un medicamento parecido al estrógeno llamado DES, ya que se pensaba que este disminuía las probabilidades de perder el bebé. Los estudios han mostrado que estas mujeres tienen un riesgo ligeramente mayor de contraer cáncer de mama. Los hallazgos recientes han sugerido que las mujeres cuyas madres tomaron DES durante el embarazo puede tener un riesgo de cáncer de mama en comparación con las mujeres que no están expuestas al medicamento en el periodo intrauterino (21- 23).

✚ **Menarquia temprana y menopausia tardía:** Las mujeres que inician tempranamente su periodo menstrual (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia después de los 55 años tienen un riesgo mayor. Igual sucede con aquellas que no tuvieron hijos o lo tuvieron después de los 30 años de edad (20-23).

✚ **Anticonceptivos orales:** Pueden aumentar ligeramente el riesgo de sufrir cáncer de mama, dependiendo de la edad, el tiempo de uso y otros

factores. Nadie sabe por cuánto tiempo se mantienen este efecto después de suspenderlo ⁽²⁰⁻²³⁾.

✚ **Terapia de reemplazo hormonal:** Se ha demostrado que el uso de la terapia de reemplazo hormonal aumenta el riesgo de sustituir cáncer de mama ⁽²⁰⁻²³⁾.

Características físicas: El Papel de la obesidad como factor de riesgo sigue siendo controvertido. Algunos estudios muestran que sí lo es y que se asocia con la producción de altos niveles de estrógenos en las mujeres obesas; esta asociación es más evidente en las posmenopáusicas ⁽²⁰⁻²³⁾.

✚ **Consumo de alcohol:** El alto consumo del alcohol (más de uno o dos tragos al día) se relaciona con un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama ⁽²³⁾.

✚ **Químicos:** Se ha señalado que la exposición a sustancias químicas, similares a los estrógenos, que se encuentran en pesticidas y ciertos productos industriales puede aumentar el riesgo ⁽²⁰⁻²³⁾.

Algunos estudios sugieren que la lactancia pudiera disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de mama, especialmente si la lactancia se prolonga por un año y medio a dos. Otros estudios encontraron que no hay un impacto en el riesgo de cáncer de mama ⁽²⁰⁻²³⁾.

La explicación para esto podría ser que la lactancia reduce el número total de ciclo menstrual en la vida de una mujer. Esto podría ser similar a la reducción del riesgo debido a una menarquia tardía o a una menopausia temprana, lo que también disminuye el número total de ciclos menstruales. Un estudio

concluyó que tener más hijos y lactarlos por más tiempo puede reducir el riesgo de cáncer de seno en la mitad ⁽²³⁾.

También se han investigado sobre algunos factores con efectos inciertos, controversiales o no comprobados sobre el riesgo de cáncer de mama los cuales analizaremos a continuación:

✚ **Antiperspirantes:** Algunos rumores publicados en Internet han sugerido que las sustancias químicas que se encuentran en los Antiperspirantes axilares son absorbidas a través de la piel, interfieren con la circulación linfática y causan la acumulación de toxinas en el seno, lo cual eventualmente produce cáncer de mama. Existe muy poca evidencia experimental y epidemiológica que apoye este rumor. Las sustancias químicas presentes en productos tales como los perspirantes se prueban minuciosamente para garantizar su seguridad ⁽²⁰⁻²³⁾.

✚ **Sostenes con alambres de soporte:** Los rumores de Internet, y al menos un libro, han señalado que los sostenes que tienen alambres de apoyo causan cáncer de mama al obstruir el flujo linfático. Tal declaración no tiene base científica ni clínica ⁽²⁰⁻²³⁾.

✚ **Aborto provocado:** Varios estudios han provisto datos bastante significativos de que los abortos provocados no tienen un efecto general en el riesgo de cáncer de mama. Además, en la mayoría de los estudios que se han publicado tampoco se ha encontrado evidencia de que exista una relación directa entre el cáncer de mama y el aborto espontáneo. En febrero de 2007 algunos científicos participaron en una conferencia sobre el aborto y el cáncer de mama y concluyeron que no hay relación ninguna entre el aborto provocado y el cáncer de mama.

Un informe reciente que incluyó a 83 000 participantes con cáncer de mama demostró que no hay asociación entre este cáncer y un aborto previo, ya sea espontáneo o provocado ⁽²⁰⁻²³⁾.

✚ **Implantes de Seno:** Varios estudios han encontrado que los implantes de senos no aumentan el riesgo de cáncer de mama, aunque los implantes de silicona (silicón) para el seno puede causar la formación de tejidos cicatricial en el seno ⁽²⁰⁻²³⁾.

✚ **Hábito de Fumar:** La mayoría de los estudios han reportado que no hay una relación entre fumar cigarrillos y el cáncer de mama. Aunque se ha sugerido que tanto fumar cigarrillos como el humo de segunda mano aumenta el riesgo de cáncer de mama en algunos estudios, el tema continúa siendo controversial ⁽²⁰⁻²³⁾.

✓ Un asunto que continúa siendo un foco de investigación científica consiste en que si el humo de segunda mano pudiera aumentar el riesgo de cáncer de mama. Tanto el humo directo que aspira el fumador como el humo de segunda mano contiene alrededor de 20 químicos que, en altas concentraciones, causa cáncer de mama en roedores. Los químicos en el humo del tabaco alcanzan el tejido mamario. Estos químicos han sido encontrados en la leche materna. Un informe de la Agencia de Protección Ambiental de California concluyó en 2005 que la evidencia asociada con el humo de 2da mano y el cáncer de mama es “consistente con una asociación causal” en mujeres jóvenes, principalmente premenopáusicas ^(20- 23).

✓ El informe del Director General de Salud Pública de los EU “The Health Consequences oí Involuntary Exposure to tabaco Smoke“ emitido en el

2006, concluyó que en este momento la evidencia es “sugestiva pero no suficiente” para establecer el vínculo. De todas maneras, a las mujeres se les debe indicar que este posible vínculo con el cáncer de mama es otra razón para evitar el humo de 2da mano ⁽²⁰⁻²³⁾.

🌈 **Hábito Trabajo nocturno:** En algunos estudios se han sugerido que las mujeres que trabajan en la noche, por ejemplo las enfermeras de turno de la noche, pueden tener un mayor riesgo de contraer el cáncer de mama. Sin embargo este aumento en el riesgo no ha sido probado, y actualmente se realizan estudios sobre este asunto. Según algunos investigadores el efecto puede deberse a la alteración en la melatonina, una hormona que es afectada por la luz ⁽²⁰⁻²³⁾.

Muchos de los factores de riesgo no se pueden controlar. Algunos expertos en el campo de nutrición y cáncer coinciden en que generalmente es posible reducir los riesgos a través de cambios de la dieta y en el estilo de la vida ⁽²³⁾.

El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de mama en sus primeras etapas consiste en encontrar el tumor canceroso antes de que empiece a causar síntomas. Las pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad, como el cáncer, en las personas que no tienen ningún síntoma ⁽²⁴⁾.

Los tumores malignos de mama que se encuentra porque causan síntomas tienden a ser mayores y tienen más probabilidades de hacer metástasis; en cambio los que se encuentran durante los exámenes de detección suelen ser más pequeños y estar aún confinados a la mama ⁽²⁴⁾.

El tamaño y la extensión del cáncer de mama son los factores más importantes para establecer el pronóstico de una mujer que padezca de esta enfermedad. Encontrar un cáncer de mama lo antes posible da más opciones de tratamiento y aumenta en gran medida las probabilidades de que el tratamiento tenga éxito. Muchos estudios han mostrado que los exámenes para la detección temprana del cáncer de mama salvan miles de vida cada año ^(23, 24).

A pesar de ser una enfermedad detectable en la fase inicial, no todas las mujeres interiorizan la importancia de la detección precoz por la falta de orientación y dificultad del acceso a los servicios de salud en muchos países, donde no se desarrollan acciones en el campo de la prevención primaria y secundaria ⁽²⁵⁾.

La asociación directa del nivel socioeconómico y el acceso a las referidas conductas de prevención, constituye sin duda, una prueba de que el acceso a los cuidados de salud no es individual ^(25, 26).

En Cuba, es la afección que ocupa el primer eslabón dentro de las causas de incidencia y mortalidad entre las neoplasias malignas del sexo femenino, con un diagnóstico en cada año de más de 1600 casos nuevos ⁽²⁶⁾.

Desde 1987 en Cuba se ha desarrollado el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, con lo que se ha logrado detectar un mayor número de casos nuevos en estadios iniciales (etapa 1 y 2) lo que facilita el uso de tratamientos menos invasivos y elevar los índices de supervivencia con mejor calidad de vida de las mujeres afectadas ⁽²⁷⁾.

En 1989 se crearon las bases para el inicio de un Programa Nacional con el uso del equipo móvil de mamografía a lo largo de todo el país. A principios de

la década del 90 se encuestó toda mujer mayor de 30 años teniendo en cuenta una serie de factores de riesgo como: edad, antecedentes familiares y personales de cáncer mamario, historia menstrual y de la descendencia, hábito corporal, etc., se dio un puntaje que si llegaba a 200 puntos o más se realizaba la mamografía en la unidad o carro móvil donde se encontraba el mamógrafo. Posteriormente se analizaba en el centro de referencia de mamografía y los casos sospechosos o positivos pasaban a la consulta del centro de referencia de diagnóstico y tratamiento, donde un equipo multidisciplinario de trabajo integrado por Oncólogo, Cirujano y/o Ginecobstetra, Patólogo y Radiólogo evaluaban y cumplimentaban las normas de diagnóstico y tratamiento ⁽²⁷⁾.

Posteriormente acorde a experiencias en cuanto a frecuencia y afectación de grupos de edades se redujo el grupo de mujeres a realizar la mamografía entre 50 y 64 años, manteniéndose el auto examen mamario (AEM) y el examen físico anual a las mujeres a partir de los 30 años ^(27, 28).

Por las limitaciones económicas de nuestro país bloqueado y asechado por el Imperio en los últimos años y las dificultades materiales sobre todo en los carros móviles y mamógrafos, no se están realizando las mamografías a las mujeres entre los 50 y 64 años de edad, lo que conspira sin lugar a dudas con el cumplimiento de los objetivos del Programa. por esto en el mes de abril de 2005 se convocó a un taller nacional en Ciudad Habana dirigido por el MINSAP (Programa Materno Infantil) con participación de todas las provincias del país, que tuvo como objetivo revitalizar dicho programa e informar como se desarrollará el mismo en estas nuevas condiciones ⁽²⁸⁾.

Nuestro país obtuvo módulos de diagnóstico mamográficos compuestos por mamógrafos marca TOSHIBA (Japonés), máquina de revelado automático y

un negatoscopio específico para el informe e interpretación adecuada de las mamografías, además se compraron chasis nuevos con pantallas intensificadoras así como líquidos de revelados y fijados de una misma firma comercial (KODAK) lo que sin lugar a dudas mejora notablemente la calidad técnica del estudio mamográfico. Estos mamógrafos estarán fijos en los diferentes Hospitales Provinciales y trabajarán en función del programa de detección preclínico y precoz del cáncer de mama en la realización de las mamografías a este grupo de edad (50-64 años) tres días a la semana a razón de 100 estudios diarios (300 a la semana) y 1200 exámenes mensuales, con un intervalo de tres años de un examen mamográfico a otro. Por lo que a partir de ese momento no saldrá el carro móvil a las diferentes áreas de salud al pesquiasaje mamográfico de las pacientes comprendidas en el grupo de 50 - 64 años, sino que ellas acudirán al centro donde radique el equipo fijo de mamografía para la realización de este estudio. Para lograr este objetivo nos apoyaremos en el médico y la enfermera de la familia, así como en las diferentes organizaciones de masas como la FMC y CDR donde se desarrollará una importante labor educativa para que asistan estas mujeres a realizarse el examen mamográfico ^(28, 29).

En síntesis el Programa establece:

- Práctica del pesquiasaje por mamografía cada dos años a todas las mujeres entre 50 y 64 años de edad.
- Examen clínico anual a todas las mujeres a partir de los 30 años de edad.

- Garantizar el adiestramiento a toda la población femenina en el autoexamen de mama ^(27, 29).

El éxito del proceso de pesquisaje depende en primer lugar del trabajo del Médico de la Familia y los Policlínicos ^(27, 29).

En la literatura revisada se encontró que en Cuba existen estadísticas que demuestran un alto porcentaje de mujeres que no han recibido información sobre cómo realizarse el autoexamen de mama, no se le ha realizado el examen clínico periódicamente y no han acudido a realizarse mamografía ^(27, 29).

Estudios aleatorios controlados, han arrojado resultados a largo plazo que demuestran que la combinación del examen físico anual y la mamografía reducen la mortalidad por cáncer entre mujeres de 50 a 79 años en un tercio ^(28, 29).

Ventajas que ofrece la mamografía:

- Posee la mayor sensibilidad y especificidad entre los métodos de diagnósticos no cruentos.
- Puede detectar del 90 al 95 % de los tumores, el 73 % en etapas I y II.
- Descubre carcinomas no palpables aún dos años antes que tengan manifestaciones clínicas, y el 70 % de estos no tienen metástasis ganglionar.
- Puede guiar la localización de una lesión clínicamente oculta ^(28, 29).

La mamografía detecta tumores menores de 5 mm y la supervivencia en tumores de menos de un 1cm es del 90%, de ahí la gran importancia del

diagnóstico precoz mejorando significativamente el pronóstico de la enfermedad ⁽²⁹⁾.

El Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos (National Cancer Institute), la recomienda cada uno o dos años para mujeres de 40 años o más, para mujeres con factores de riesgo, entre los que se encuentra la historia de familiares cercanos con cáncer, las mamografías anuales deben comenzar a realizarse 10 años antes de la edad que tenía el pariente afectado al momento de su diagnóstico ⁽²⁹⁾.

El autoexamen de mamas es un procedimiento no invasivo de pesquiasaje, fácil de realizar y con mucho valor en el diagnóstico del cáncer mamario como lo demuestra la interpretación estadística. La mayoría recomienda auto exámenes de mamas mensuales la semana siguiente al período menstrual si la persona tiene 20 años ó más ⁽²⁹⁾.

A continuación se describe la técnica correcta que cada médico de la familia debe explicar a las pacientes para que se realice el autoexamen de mamas:

- La paciente debe pararse ante el espejo; y mirarse a los senos con los brazos a los lados, con los brazos levantados por detrás de la cabeza y con los brazos sobre las caderas y los músculos de su pecho flexionado.
- Luego debe acostarse con una almohada por debajo de su hombro colocar la mano detrás de su cabeza y tocar el seno con los tres dedos centrales de la mano contraria, debe comenzar por el borde externo y seguir hacia el adentro del seno con movimientos circulares acercándose cada vez más al pezón en cada vuelta, después de

examinarse debe exprimirse suavemente el pezón y observan si existe alguna secreción del mismo.

- Debe incluir el examen del área de la clavícula y las axilas, pues el cáncer de mama puede expandirse a los ganglios linfáticos de estas zonas.
- La paciente debe buscar en este autoexamen de mama cualquier abultamiento nuevo ya sea o no doloroso o sensible a la palpación, engrosamiento inusual de las mamas, cualquier secreción que salga por los pezones, algún cambio en la piel como fruncimiento o formación de hoyuelos, aumento en el tamaño de un seno o asimetría de los mismos⁽³⁰⁾.

El examen físico de las mamas debe de hacerlo el médico de la familia a toda paciente femenina mayor de 30 años con frecuencia anual y cuantas veces lo solicite⁽³⁰⁾.

Este examen clínico debe incluir:

Inspección:

- A) Descubrir toda la región torácica y situar a la mujer frente al observador.
- B) Establecer los perímetros a examinar:
 - Borde superior: debajo de la clavícula.
 - Borde inferior: a nivel de las líneas inframamarias.
 - Borde medial: a nivel de la línea medio esternal.
 - Borde lateral: a nivel del borde lateral axilar.

C) Colocar a la mujer con los brazos a ambos lados del cuerpo con las manos en la cintura para provocar contracción de los músculos pectorales y orientar elevar ambos brazos para buscar:

- Simetría de los senos.
- Característica de la piel, cambio de coloración, textura, vascularización.
- Cambio de forma.
- Retracción de areola y pezón.
- Umbilicación unilateral del pezón.
- Secreción por el pezón.

Palpación:

Puede ser con la mujer sentada o acostada:

A) Sentada: debe elevar el brazo de la mama o examinar sobre la nuca.

B) Acostada: debe acostarse en decúbito supino, con la almohada bajo el hombro de la mama que se examinará, con el brazo elevado sobre el que descansa la cabeza.

La palpación deberá realizarse con el pulpejo de los tres dedos centrales ejerciendo presión ligera, moderada y fuerte sobre la mama, el patrón de búsqueda debe ser circular, en sentido de las manecillas del reloj en cuña que es el patrón mas recomendado comenzando por el cuadrante superior externo.

Incluir siempre la región retroareolar y buscar secreciones por el pezón ⁽³¹⁾.

No se debe usar jabón ni lubricantes, para la palpación y al finalizar se aprovechará para comprobar si el paciente aprendió la técnica para autoexaminarse ⁽³¹⁾.

Con este examen se puede lograr el diagnóstico precoz del cáncer de mama, considerando como diagnóstico precoz: El diagnóstico y la extirpación del cáncer antes que haga metástasis, y de las lesiones premalignas, antes de que se hagan malignas ⁽³²⁾.

El Colegio Americano de Radiología, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la sociedad Americana de cáncer recomiendan:

- Autoexamen de mama para todas las mujeres mayores de 20 años.
- Examen médico cada tres años a mujeres entre 20 y 40 años y anual a las mujeres de 40 años.
- Mamograma básico a todas las mujeres entre 35 y 40 años.
- Mamografía anual a todas las mujeres mayores de 50 años de edad ^{(33,}
³⁴⁾.

Partiendo del principio de que una promoción de la salud y la prevención de las enfermedades son importantes para la conservación de una vida saludable, la educación en salud mediante actividades que involucren al autoexamen de mama son indispensables para minimizar la aparición de la dolencia en estadio avanzado. De igual modo, son esenciales las inversiones en programas educativos y en la atención primaria que incluyen acciones de detección precoz del cáncer de mama y donde las acciones educativas son implementadas en el ámbito de los servicios de salud. Se debe fortalecer la relación médico-

paciente y promover una mayor comprensión de las informaciones ofrecidas en la consulta ^(33, 34).

A partir de las propuestas emanadas del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Cáncer ha implementado acciones, planes y programas orientados al control del cáncer de mama; que incluyen el mejoramiento y expansión de la red especializada de asistencia médico-hospitalaria, actividades de detección precoz de la enfermedad y medidas de prevención, que comprenden acciones de promoción para la salud y de intervención sobre los factores de riesgo ⁽³⁴⁾.

La comprensión del proceso salud-enfermedad y de los recursos disponibles para la detección precoz del cáncer de mama, debe ser preocupación de las mujeres, de los gestores y de la comunidad científica en un compartimiento de responsabilidad. En ese contexto el autoexamen de mama es el método más práctico que debe ser realizado por la propia mujer en un tiempo y en condiciones regulares. Asimismo, es el menos costoso y más eficaz de todos, si es practicado regular y adecuadamente ⁽³⁴⁾.

Para que las mujeres detecten precozmente el cáncer de mama, es preciso que haya una mayor concientización en lo que se refiere a los beneficios del autoexamen de mama y que se involucren los profesionales de la salud, para que de este modo estimulen y enseñen su realización ⁽³⁵⁾.

Desde el año 1987, se aplica en Cuba el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama, no obstante, aun no se implementa con la calidad y el rigor requerido, existe a veces poca sensibilización con el problema a nivel de decisores de gobierno, partido y organismos. La Atención Primaria de Salud no se encuentra debidamente capacitada y preparada para trabajar con los grupos de riesgos vulnerables a padecer cáncer de mama, pues se trabaja con el

modelo curativo de salud-enfermedad y se obvia en muchas ocasiones los determinantes de salud como los estilos de vida, modo y condiciones de vida, por lo que no se fomenta ni se promueve salud a nivel del individuo, grupos o comunidades ^(34, 35).

Por lo expuesto anteriormente se hace necesario diseñar una estrategia de intervención educativa que trabaje con los factores de riesgos desde varias aristas, desde la Atención Primaria de Salud como primera línea de defensa, con un buen manejo y adecuado control de los grupos de riesgos, el trabajo con el individuo sano para evitar que adopte estilos de vida inadecuados, el trabajo intersectorial que va desde los consejos locales de salud hasta los consejos provinciales de salud con participación social y comunitaria en el cumplimiento de las políticas públicas saludables y el acompañamiento de los medios de comunicación social como soporte y apoyo para la comunicación masiva ^(35, 36).

MÉTODO

Se realizó una estrategia educativa en afecciones mamarias para mujeres a partir de los 30 años de edad, que según el contexto de la investigación se clasifica en investigación de desarrollo tecnológico por los criterios en descriptiva de corte longitudinal y participativa de intervención comunitaria en el Municipio de Majagua, Provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido de noviembre del 2009 a julio del 2011.

Universo: Constituido por 8643 mujeres a partir de los 30 años de edad del municipio Majagua

Muestra:

Primera etapa: Se realizó un estudio piloto para validar los instrumentos y partiendo de un 70% conocimiento se le aplicaron los cuestionarios (anexo 2) y las entrevistas a un total de 137 mujeres.

Segunda etapa: Se realizó a través de un muestreo estratificado polietápico complejo donde quedaron incluidos los 5 consejos populares y las 52 circunscripciones.

Tamaño de la muestra y precisión para estimación de la proporción:

Tamaño poblacional: 8643

Proporción esperada: 50%

Nivel de confianza: 95%

Efecto del diseño: 1.5

Tamaño de la Muestra: 137

Tercera etapa: selección de los consultorios del médico y la enfermera de la familia los que quedaran constituido por un total de 5 consultorio perteneciente a los 5 consejos populares.

Cuarta etapa: se seleccionaron los sujetos a partir de un muestreo aleatorio simple teniendo en cuenta las HSF de los consultorios incluidos.

Criterios de inclusión

- Voluntariedad a participar en la investigación.
- Tener cumplido 30 años.

Criterios de exclusión:

- Padecer de enfermedades mentales descompensada.
- Enfermo de cáncer de mama.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

 Sociodemográfica:

- Cuantitativa discreta
- Cualitativa nominal /ordinal

 Conocimiento

- Cualitativa nominal

 Actitud

- Cualitativa nominal

 Práctica

- Cualitativa nominal

Sociodemográfica

Variable	Clasificación	Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa discreta	30 a 34 35 a 39 40 a 44 45 a 49 50 a 54 55 a 59 60 y mas	Edad cumplida
Nivel educacional	Cualitativa nominal Politómica	Ninguno Primaria Secundaria Técnico medio Preuniversitario universitario	Nivel educacional alcanzado
Ocupación	Cualitativa nominal Politómica	Ama de casa Jubilada Desocupado TCP Obrero Dirigente Servicio Obreros agrícola Profesionales	Actividad laboral que realiza

Conocimiento

Variable	Clasificación	Escala	Descripción
Anatomía	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: aquellas mujeres que dominan las características anatómicas de la mama. No tienen conocimiento: aquellas mujeres que no dominan las características anatómicas de la mama.
Fisiología de las glándulas	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: la mama es una glándula especialmente preparada para la producción y secreción de la leche con finalidad nutricia. No tienen conocimiento: la mama es una glándula especialmente preparada para la producción y secreción de la leche con finalidad nutricia
Enfermedades de las mamas	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: Que las enfermedades más frecuentes son cambios fibroquísticos mamarios, fibroadenomas, necrosis grasa, abscesos mamarios; como causas benignas y el cáncer de mamas como causas malignas. No tienen conocimiento: Que las

			enfermedades más frecuentes son cambios fibroquísticos mamarios, fibroadenomas, necrosis grasa, abscesos mamarios; como causas benignas y el cáncer de mamas como causas malignas.
Nivel de información	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: aquellas mujeres que conocen cuando deben realizarse el autoexamen de mama No tienen conocimiento: aquellas mujeres que no conocen cuando deben realizarse el autoexamen de mama
Edad más frecuente de aparición de las alteraciones	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: aquellas mujeres que conocen que las afecciones mamarias son más frecuentes a partir de los 40 años de edad No tienen conocimiento: aquellas mujeres que no conocen que las afecciones mamarias son más frecuentes a partir de los 40 años de edad
Factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: aquellas mujeres que conocen cuales son los principales factores de riesgo. No tienen conocimiento: aquellas mujeres que no conocen cuales son los principales factores de riesgo.
Sintomatología	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: aquellas mujeres que conocen cuales son los principales síntomas que se presentan.

			No tienen conocimiento: aquellas mujeres que no conocen cuales son los principales síntomas que se presentan.
Exámenes para el diagnóstico	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: aquellas mujeres que conocen que los principales exámenes diagnósticos son el autoexamen de mama, el examen de mama periódico, mamografía y biopsia. No tienen conocimiento: aquellas mujeres que no conocen o que conocen parcialmente que los principales exámenes diagnósticos son el autoexamen de mama, el examen de mama periódico, mamografía y biopsia.
Momento ideal para realizarse el autoexamen de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Tienen conocimiento No tienen conocimiento	Tienen conocimiento: aquellas mujeres que conocen que se deben realizar el autoexamen de mama a partir del 7 ^{mo} hasta el 10 ^{mo} día de la menstruación o un día fijo del mes en el caso de no menstruar. No tienen conocimiento: aquellas mujeres que no conocen que se deben realizar el autoexamen de mama a partir del 7 ^{mo} hasta el 10 ^{mo} día de la menstruación o un día fijo del mes en el caso de no menstruar.

Actitud

Autoexamen	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado No adecuado	Adecuado: Cuando se realiza el auto examen de mamas a partir del 7 ^{mo} hasta el 10 ^{mo} día de la menstruación o un día fijo del mes en el caso de no menstruar. No adecuado: Cuando no se realiza el auto examen de mamas a partir del 7 ^{mo} día de la menstruación o un día fijo del mes en el caso de no menstruar.
Examen de mama	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado No adecuado	Adecuado: cuando el médico de la familia realiza una inspección y palpación detallada de las mamas y con la periodicidad anual. No adecuado: cuando el médico de la familia no realiza una inspección y palpación detallada de las mamas y con la periodicidad anual.
Medidas de prevención	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado No adecuado	Adecuado: cuando las mujeres evitan los factores de riesgo como el tabaquismo, obesidad y el consumo de alcohol entre otros. No adecuado: cuando las mujeres no evitan los factores de riesgo como el tabaquismo, obesidad y el consumo de alcohol entre otros.

Práctica

Factores de Riesgo	Cualitativa nominal	Adecuado No adecuado	Adecuado: aquellas mujeres que no practican el hábito de fumar, el consumo de alcohol, malos hábitos dietéticos y la inactividad física.
--------------------	------------------------	-------------------------	--

	dicotómica		(cuando existe más de 3 factores de riesgo) No adecuado: mujeres que practican el hábito de fumar, el consumo de alcohol, malos hábitos dietéticos y la inactividad física. (cuando existe menos de 3 factores de riesgo)
Síntomas	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado No adecuado	Adecuado: aquellas mujeres que conocen cuales son los principales síntomas. No adecuado: aquellas mujeres que no conocen cuales son los principales síntomas.

Aspectos éticos:

- Solicitud de permiso
- Voluntariedad
- Sinceridad
- Confidencialidad de la información
- Exponer los objetivos , métodos y beneficios calculados
- Molestias a la que pudieran estar sometido
- Declaración de su consentimiento

Técnica y procedimiento

Utilización de técnica cuantitativa (encuesta y cuestionario) y cualitativa (lluvia de ideas)

Confección y validación del instrumento (entrevista a experto)

Realización del diagnóstico educativo

Diseño de la estrategia educativa a partir del modelo de Precede

Procesamiento de la información: SPSS para window

Análisis de la información: tabla de resúmenes, porcentaje, media y pruebas compara métricas.

Para darle salida al objetivo #2 se realizará una estrategia educativa en afecciones mamaria para mujeres a partir de los 30 años de edad.

Modelo teórico utilizado para el diagnóstico educativo

Modelo Precede.

 **Fase 1:** Se determina problemas sociales:

- Un deterioro de la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial de la mujer mayor de 30 años.
- Aumento de los años de vida potencialmente perdidos.
- Disminución de la esperanza de vida.

 **Fase 2:** Identificados los problemas de salud específicos que originan los problemas sociales de la fase 1:

- Aumento cada vez más creciente de la morbi-mortalidad por cáncer de mama en la provincia, constituyendo el cáncer mamario la localización más frecuente de las neoplasias del sexo femenino.
- Insuficiente el trabajo con los grupos de riesgos (mujeres con antecedentes familiares de cáncer mamario, terapias de reemplazo hormonal, antecedentes de radiaciones, fumadoras, alcohólicas, sedentarias, obesas, menarquia precoz, menopausia tardía, empleo de anticonceptivos orales y otros) a nivel de la Atención Primaria de Salud.

 **Fase 3:** Conductas específicas relacionadas con el problema de salud:

- Terapias de reemplazo hormonal sustitutivas.
- La nuliparidad.
- La obesidad.
- La inactividad física.
- El alcoholismo.
- El hábito de fumar.
- Antecedentes de radiaciones.

Otros factores no de conducta:

- **Genéticos:** Algunas familias tienen una tendencia genética para el cáncer de mama.
- **Edad.**
- **Ambientales:** Mujeres que reciben radiaciones, expuestas a determinadas sustancias químicas como los pesticidas tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama, así como los antiperspirantes.

✚ **Fase 4:** Se precisan factores predisponente, facilitadores y de refuerzo.

- **Factores predisponente:**
 - Creer que el fumar no causa daños a la salud.
 - Fumar como acto de feminidad y elegancia.
 - Ingerir bebidas alcohólicas de forma frecuente y rutinaria.
 - Subvalorar la necesidad de practicar ejercicios físicos y mantener un peso adecuado.
 - Pensar que las comidas con altos contenidos de grasas de origen animal y ricas en azúcares no son perjudiciales a la salud humana.
- **Factores facilitadores:**
 - Mayor cultura en la población sobre los daños que causan al organismo el cigarro, el tabaco, el alcohol, las dietas ricas en grasas de origen animal y en azúcares, así como la inactividad física y la obesidad (obtenida esta información de forma individual, grupal o social).
 - La existencia de la resolución 37/90 que regular las políticas públicas saludables.

✚ **Fase 5:** Se puntualiza en los factores sobre los que se va a capacitar.

- El tabaquismo, primera causa de muerte prevenible en el mundo.
- El alcoholismo.
- La inactividad física.

- La obesidad.
- Cultura alimentaria inadecuada.
- Terapia hormonal sustitutiva.
- Radiaciones.
- Sustancias químicas.

Estos factores se van a intervenir desde diferentes escenarios:

- **CMF de las comunidades con todo el EBS:** Se intervendrá de forma individual y grupal.
- **Sectores y organismos:** Para el cumplimiento de las Políticas Públicas. Saludables: Se intervendrá de forma individual y grupal.
- **Medios de Comunicación Social (MCS):** Para el abordaje de los factores de riesgos en la aparición del cáncer de mama por todos los medios de comunicación social: Se intervendrá de forma grupal y social.

✚ **Fase 6:** Se implementa la estrategia educativa.

✚ **Fase 7:** Se diseña el sistema de evaluación.

META

Contribuir a la reducción de la morbi- mortalidad por afecciones mamarias en un 5% para el año 2013 en el municipio de Majagua.

OBJETIVOS

GENERAL:

Reducir en un 5 % la morbi-mortalidad por afecciones de la mama para el año 2013 en el municipio de Majagua.

.ESPECIFICOS:

1. Incrementar los Conocimientos y la Educación de las féminas mayores de 30 años de edad sobre afecciones de las mama.
2. Lograr la participación y sensibilización activa y consciente de la mujer con relación al programa de detección precoz del cáncer mamario.
3. Lograr la participación activa y aumentar el nivel de conocimientos en las mujeres con riesgo de cáncer de mama y en grupos vulnerables.
4. Realizar capacitación sistemática al personal de la Atención Primaria de Salud (Médicos, enfermeras, asistentes de enfermería) para el trabajo adecuado con los grupos de riesgos y el individuo sano a nivel de las comunidades.
5. Preparar y sensibilizar a decisores de gobierno, partido, y sectores para el cumplimiento de las políticas públicas saludables en función de mejorar calidad de vida de la mujer.
6. Utilizar los medios de comunicación social (radio, prensa y TV) para hacer llegar a individuos, familias, grupos poblacionales y comunidades

la información necesaria que les permita modificar actitudes, creencias y comportamientos con respecto al cáncer de mama.

PROPÓSITO

Mejorar la calidad de vida de la mujer mayor de 30 años.

LIMITES DEL PROGRAMA

Tiempo: 5 años.

Geográfico: Población femenina mayor de 30 años del municipio Majagua.

AUDIENCIA SELECCIONADA

Primaria: Población femenina mayor de 30 años, perteneciente al Policlínico de Majagua y grupos de riesgos.

Secundaria: Médicos y Enfermeras que laboran en los consultorios médicos de la familia del Policlínico Majagua.

Terciaria: Decisores de gobierno (consejo local de salud) y organizaciones políticas y de masas, comunicadores sociales (Radio, televisión y prensa plana).

BENEFICIOS ESPERADOS

- Disminuir la morbi-mortalidad por afecciones en las mama en la mujer mayor de 30 años.
- Promover estilos de vida sanos en la población de féminas, que favorezca el fomento de una vida sana y plena.
- Reforzar las acciones de información y educación sobre el cáncer de mama, en especial la promoción del autoexamen mamario.

- Diagnosticar alteraciones de las mama en etapas iniciales en el subgrupo de mujeres de 30 años y más.

Etapas Diagnóstica:

Previo a la entrevista se le aplicará cuestionario (Anexo 1) de consentimiento informado y posteriormente se aplicará la entrevista (Anexo 2) a todas las mujeres mayores de 30 años pertenecientes a los consultorios médicos de familia correspondiente al Policlínico del municipio Majagua (5 consultorios), con el objetivo de identificar conocimiento actitud y práctica que tienen la subpoblación de féminas sobre afecciones de mamas.

Etapas de intervención:

Durante esta etapa se utilizará los métodos cualitativos para evaluar el nivel de conocimientos y para poder interactuar en los grupos siendo seleccionado la técnica del Grupo Focal el cual se desarrollará en los 3 grupos básicos de trabajo. Los grupos focales estarán constituidos por 12 mujeres, se realizarán con una frecuencia semanal y una duración de 1 hora y se complementarán con técnicas participativas de animación. El local seleccionado será el consultorio médico de familia que constará de pizarra, tizas, plumones, pancartas, afiches y otros materiales educativos, tomando como material de apoyo, las Normas de Obstetricia y Ginecología, el libro de texto de Medicina General Integral, y el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama.

Las actividades de capacitación, las realizará la autora de la investigación de conjunto con 3 equipos básicos previamente capacitados.

En cada sección de trabajo con los grupos focales se impartirán los contenidos imprescindibles a conocer sobre:

1. Anatomía.
2. Fisiología de las glándulas.
3. Enfermedades de las mamas.
4. Nivel de información.
5. Edad más frecuente de aparición de las alteraciones.
6. Factores de riesgo.
7. Sintomatología.
8. Exámenes para el diagnóstico.

1. Factores epidemiológicos relacionados con el cáncer de mama y los factores de riesgos que predisponen a la enfermedad.
2. Autoexamen de mama. Importancia, técnica y periodicidad del mismo.
3. Alteraciones que se detectan con el autoexamen de mama y con el examen físico, que constituyen los signos de alerta del cáncer de mama.
4. Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama. Medios empleados en el diagnóstico de la enfermedad.

También se capacitará al personal de la atención primaria de salud (médico, enfermera) a través de un curso sobre el manejo adecuado de los factores de riesgo sobre la técnica y periodicidad del autoexamen de mamas y las

alteraciones que son signos de alerta de la enfermedad y se repetirá de acuerdo a las evaluaciones obtenidas en los grupos básicos de trabajo.

Los comunicadores sociales serán capacitados sobre las mismas temáticas y se evaluará el impacto de sus acciones a través de la periodicidad de las menciones spot radiales y televisivas las que serán comprobadas en los medios y a través de Entrevista Incidental en población abierta.

Actividades Educativas

Actividad 1:

Tema: Factores de Riesgo epidemiológicos relacionados con las alteraciones de mama.

Tiempo: 1 hora.

Objetivo: Definirlas alteraciones de las mama, anatomía, fisiología, enfermedades de las mamas

Técnicas a utilizar:

- La conferencia apoyándose en pizarra, tizas y rotafolios.
- Lluvia de ideas.

Actividad 2:

Tema: Autoexamen de mama y examen de mama

Tiempo: 1 hora.

Objetivo: Demostrar la técnica correcta del autoexamen de mama.

Técnicas a utilizar:

- La maqueta.

- Rotafolios.
- La propia mujer.
- Lluvia de ideas.

Actividad 3:

Tema: Alteraciones que se detectan con el autoexamen de mama y con el examen físico.

Tiempo: 1 hora.

Objetivo: Identificar los signos de Alteraciones de las mamas.

Técnicas a utilizar:

- Video.
- Lluvia de ideas.
- Escritura de ideas.

Actividad 4:

Tema: Programa de Diagnóstico Precoz de Alteraciones de mama. Y medidas que se deben tomar para detectar precozmente las alteraciones de las mamas.

Tiempo: 45 minutos.

Objetivo: Definir los elementos que constituyen el Programa de Detención Precoz del cáncer mamario.

Técnicas a utilizar:

- Pizarra.

- Lluvia de ideas.
- Escritura ideas.
- Técnicas de animación.

Actividad 5:

Tema: Autoestima

Tiempo: 1 hora.

Objetivo: Empoderar al grupo poblacional en estudio para lograr una autoestima adecuada.

Técnicas a utilizar:

- De roles.
- Escritura de ideas.
- El extraterrestre.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Para la obtención de la información de este trabajo se realizó a través de métodos cuantitativos (Encuestas, Inspección de registros) y métodos cualitativos (Observación, Grupos focales, Lluvia de ideas, Delphi).

La evaluación de las actividades que se realizarán durante el proyecto se evaluará de la siguiente forma:

Indicadores de estructura y proceso

CRITERIO	INDICADOR	ESTÁNDARES	MÉTODO
Cursos de capacitación para el personal médico y paramédico en el policlínico Majagua. 3 cursos	No. de cursos realizados / total de cursos programados x100	Adecuado más del 75 %	Registro de actividades a desarrollar Cuestionario de Pretest y Postest.

Capacitaciones a directivos de los sectores sobre Políticas Públicas Saludables. 3 capacitaciones. Uno en cada grupo básico de trabajo	No. de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas x 100	Adecuado más del 75 %	Registro de actividades a desarrollar Cuestionario de Pretest y Postest.
Capacitaciones en forma de taller sobre el tema a trabajadores de los Medios de Comunicación social. 3 talleres (1 radio, 1 Televisión, 1 prensa)	No. de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas x 100	Adecuado más del 75 %	Registro de actividades a desarrollar Cuestionario de Pretest y Postest.
Materiales educativos gráficos sobre el tema.	No. de materiales educativos gráficos sobre el tema entregados a los equipos básicos de salud y a población / Necesidad de materiales educativos x 100	Adecuado más del 75 %	Registro de materiales educativos gráficos.
Mensajes educativos a transmitir por los Medios de comunicación social.	No. de materiales educativos a transmitir por los Medios de comunicación social / la necesidad de materiales educativos a transmitir x 100	Adecuado más del 75 %.	Monitoreo de los Medios de comunicación social..
Capacitaciones sobre el tema a grupos de riesgos poblacionales.	No. de capacitaciones realizadas a mujeres de 50 años y más / Total de capacitaciones programadas x 100.	Adecuado más del 75 %.	Registro de actividades a desarrollar Cuestionario de Pretest y Postest.

Indicadores de resultados

INDICADORES	ESTÁNDARES	MÉTODOS
-------------	------------	---------

Número de personal médico enfermera y asistentes de enfermería a nivel de las comunidades capacitados / Número de personal convocados.	Adecuado más del 75 %	Registro de asistencia.
Número de promotores y brigadistas sanitarias formados a nivel de las áreas de salud / Número de promotores y brigadistas convocados.	Adecuado más del 75 %	Registro de asistencia.
Número de directivos de los grupos básicos de trabajo del policlínico capacitados / Número total de directivos participantes.	Adecuado más del 75%	Registro de asistencia.
Número de trabajadores de los Medios de Comunicación Social capacitados / Número personas convocadas	Adecuado más del 70%	Registro de asistencia.
Número de materiales educativos - gráficos sobre el tema distribuidos / Número de materiales en existencia.	Adecuado 80 % o más	Registro materiales.
Número de mensajes educativos transmitidos por los Medios de comunicación social. / Número de Número de mensajes educativos programados.	Adecuado más del 60 %	Monitoreo de los Medios de comunicación social.
Número de mensajes radiales sobre el tema / Total de mensajes planificados x 100.	Adecuado más del 85%.	Monitoreo radial.
Número de mensajes televisivos sobre el tema / Total de mensajes planificados x 100	Adecuado más del 85%	Monitoreo televisivo.
Número de artículos en prensa plana sobre el tema / Total de artículos planificados x 100	Adecuado más del 85%	Monitoreo en prensa plana.

Indicadores de Impacto.

<u>CRITERIO</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESTÁNDARES</u>	<u>MÉTODO</u>
Cambios de comportamientos	Mujeres que se realizan el autoexamen de mama / Mujeres capacitadas x 100.	Adecuado 30%.	Observación, Entrevista a profundidad, Informantes (brigadistas) y encuesta anual.

	Médicos y enfermeras que realizan el examen de mama / total de médicos y enfermeras del Policlínico Majagua x 100.	Adecuado 100%	Historia clínica individual Historia de salud familiar. Hoja de cargo
	Número de mujeres responsables con el autoexamen de mama / el total de mujeres capacitadas x 100	Adecuado 100%	Entrevista a profundidad en locales de encuentro.
	Número de médicos y enfermeras que realizan al 100% de las mujeres el examen de mama / total de médicos y enfermeras del Policlínico Majagua x 100.	Adecuado 100%	Historia clínica individual Historia de salud familiar. Hoja de cargo. Entrevista a la mujer.
Tasa de incidencia	Números de casos nuevos de cáncer de mama / total de mujeres de 50 años y más x 10 ⁿ	Disminución de un 3 %de las tasas con relación a periodos anteriores	Registros estadísticos
Tasa de mortalidad	Números de fallecidas de cáncer de mama / población de mujeres de 50 años y más x 10 ⁿ	Disminución de un 3% de las tasas con relación a periodos anteriores	Registros estadísticos

Los cortes evaluativos se harán con una periodicidad semestral en caso de los indicadores de proceso y de resultado y los de impacto con una frecuencia anual, de esta forma tendremos un intervalo pequeño de tiempo que nos facilitará verificar como se encuentra la marcha del proceso, permitiéndonos identificar debilidades, corregirlas y tomar decisiones correctas para el cumplimiento exitoso del proyecto de investigación.

FORTALEZAS

1. Contar con decisores de salud en el Policlínico de Majagua.
2. Contar con un capital humano que se traduce en la presencia de 2 Grupos Básicos de Trabajo y Equipos Básicos de Salud con recursos humanos adecuados.
3. Contar con un promotor de Salud en el Área del Policlínico de Majagua.

4. Contar con equipos de Promoción y Educación para la Salud en el Policlínico de Majagua.
5. El acompañamiento del departamento de Promoción de Salud municipal.
6. Distribución equitativa de los consultorios médicos y sus recursos humanos.
7. Contar con registros y departamento de estadística en el Policlínico de Majagua.
8. La existencia del Cáncer de mama como un programa priorizado.

DEBILIDADES

1. Dispensarización incompleta a nivel de los Consultorios médico y enfermera de la familia.
2. Poca identificación de los grupos de riesgos a nivel de los Consultorios médico y enfermera de la familia.
3. Debilitado el trabajo de Promoción y Educación para la Salud a nivel del individuo, grupo y comunidad por parte de la Atención Primaria de Salud.
4. Los Consejos Locales de Salud no abordan sostenidamente el cáncer de mama como un problema de salud del área.
5. No existen investigaciones previas acerca del cáncer de mama en el Policlínico de Majagua.
6. La forma de abordaje de la prevención del cáncer de mama en el área de salud se sustenta en un modelo tradicional de Salud - Enfermedad en los momentos actuales.

OPORTUNIDADES.

1. Vivir en un sistema económico social donde la Salud es premisa fundamental del mismo.
2. Voluntad política implícita.
3. Contar con los Consejos Locales de Salud donde la intersectorialidad está presente.
4. Tener el acompañamiento de los Medios de Comunicación Social para las actividades de Promoción y Educación para la Salud.

TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO.

Los datos primarios obtenidos antes y después de la intervención serán revisados en la totalidad de los casos por el autor de la investigación y procesados en una computadora Pentium realizando las correcciones necesarias.

Se confeccionará una base de datos con ayuda del paquete estadístico de Microsoft Office® para el cálculo computarizado de los resultados, los cuales se expresarán en números absolutos y porcentajes en tablas y figuras diseñadas al efecto.

La discusión se realizará a partir de la experiencia de la autora y tutora del trabajo y de la revisión realizada en las bases de datos LILACS, MEDLINE y revistas médicas cubanas en soporte electrónico, lo cual permitirá arribar a conclusiones y formular recomendaciones.

Edad	No	%
30-34	12	8.76
35-39	23	16.79
40-44	18	13.14
45-49	15	10.95

Tabla 1. Encuestadas según grupos de edades. Municipio Majagua, Ciego de Ávila. 2011.

50-54	29	21.17
55-59	13	9.49
60-64	10	7.30
65 y más	17	12.40
TOTAL	137	100

✚ La **Tabla 1** mostró que las edades más frecuentes fueron entre los 50-54 años de edad con 29 mujeres encuestadas mayores de 30 años de edad, para un 21.17%, le sigue las edades entre 35-39 años de edad para un 16.79%, las edades menos frecuentes fueron entre 60-64 años de edad, para un 7.30%. Resultados que coinciden con los datos demográficos del municipio de Majagua que establecen el mayor número de mujeres entre estas edades. La edad es un factor muy importante un 77 % de los casos nuevos y 84 % de las muertes por cáncer de mama ocurren en mujeres de 50 años o más ⁽²¹⁾. A medida que la mujer envejece va perdiendo facultades tanto físicas como psíquicas. En la edad senil existe una considerable dificultad para comprender y aceptar nuevos problemas, la mala memoria, el déficit audiovisual, puede ser un problema a la hora de aceptar instrucciones ⁽¹⁾

Tabla 2. Encuestadas según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No	%
Ninguno	5	3.65
Primaria	23	16.79
Secundaria	37	27.01

Técnico. Medio	22	16.06
Preuniversitario	29	21.17
Universitario	21	15.32
TOTAL	137	100

Tabla 3. Encuestadas según ocupación.

Ocupación	No	%
Ama de casa	31	22.63
Jubilado	16	11.68
Desocupado	4	2.92
TCP	13	9.49
Obrero	25	18.25
Dirigente	5	3.65
Servicio	7	5.11
Obrero Agrícola	21	15.32

Profesionales	15	10.95
Total	137	100

✚ El nivel escolar es un factor determinante para lograr una mejor efectividad en la las estrategias educativas, como puede observarse en la tabla N° 2 predominó la edad secundaria básica dentro de las encuestadas con 37 mujeres para un 27.01 % lo cual está relacionado con su perfil ocupacional (tabla N° 3) ya que 31 son ama de casa para un 22.63 % le siguen en orden de frecuencia las obreras y obreras agrícolas que representa el 46 % esto se explica debido a su procedencia campesina y que solo acudieron a los primeros ciclos de la alfabetización, cuestión que favorece su bajo nivel cultural.

Se plantea que en la prevención de las afecciones de mama la medida más importante y menos costosa de todas es empoderar a la población de conocimientos suficientes que solo depende de la voluntad y del cambio de comportamiento del individuo. Adoptar estilos de vidas saludables es un pilar imprescindible para evitar el debut de estas afecciones y para lograr un adecuado control de la misma

Tabla 4. Nivel de conocimientos de las encuestadas según variables seleccionadas para las afecciones mamarias.

Variables	Conoce		No conoce	
	No	%	No	%
Anatomía de la mama	52	37.96	85	62.05
Fisiología de la mama	78	56.94	59	43.07
Enfermedades de la mama	31	22.63	106	77.38

Información sobre alteraciones de mamas	49	35.77	88	64.24
Edad frecuente de alteraciones de mamas	61	44.53	76	55.48
Exámenes para el diagnóstico del Cáncer de Mama	81	59.13	56	40.88
Momento de ir al médico y chequeo	89	64.97	48	35.04
n = 137				

McNemar

$$\chi^2 = 75.72 \quad p < 0.01$$

✚ Al analizar la tabla N° 4 se observó que existen diferencias significativas entre los dos grupos predominando aquellas encuestadas que no conocen acerca de las afecciones mamarias, lo que demuestra que independientemente de la existencia de un programa nacional de detección de las afecciones mamarias y las estrategias de comunicación social a nivel provincial, municipal, la información queda de manera muy general no permitiendo que las féminas logren adquirir las herramientas necesarias que le permitan un mejor autocuidado. No existe en la literatura revisada estudios similares a nivel nacional e internacional que nos permita comparar estos resultados.

Tabla 5. Encuestadas según actitud para realizarse el autoexamen de mama.

Autoexamen de mama	No	%
Me lo realizaré	54	39.42
No me lo realizaré	83	60.58
Total	137	100

Tabla 6. Encuestadas según actitud para acudir a realizarse el examen de mamas por el personal de salud.

Examen de mama por el personal de salud	No	%
Me lo realizaré	40	29.20
No me lo realizaré	97	70.80
Total	137	100

✚ Al realizar el diagnóstico inicial se encontró (tabla N° 5 y 6) que la mayoría de las femeninas encuestadas 83 (60.58 %) plantearon que no se realizarían el autoexamen de mama, así como 97 para un 70.80 % que no acudirían a realizarse el examen de mama por el EBS elemento este que hablar a favor de la casi nula labor educativa que se ha realizado en estas comunidades a pesar de que el programa del médico y la enfermera de la familia tiene más de 20 años, en ésta área de salud. Es necesario, que en el trabajo diario se enfatice en la importancia del autoexamen de mama, que se busque un mayor número de espacios para promover el trabajo educativo con respecto el tema y lograr el objetivo trazado que es que el 100% de la población femenina se realice mensualmente el autoexamen de mama y que emplee la técnica correcta para ello.

Al indagar sobre las causas de no realización del autoexamen de mama, la mayor cantidad de mujeres afirmó que no se lo realizan por motivo de olvido y por temor a encontrarse alguna alteración, aunque la mayoría tiene conocimientos de la importancia del mismo.

En un estudio realizado en Brasil sobre "La Práctica del autoexamen de mamas para usuarias del Sistema Único de Salud de Ceará", se obtuvo que el 55% de las mujeres se realizaban el autoexamen mamario ⁽³⁸⁾,

resultado este superior al encontrado en esta investigación, donde el 39.42% de las mujeres mayores de 30 años refirió realizarse dicho proceder. Como se aprecia es un porcentaje inferior, lo que se debe a las acciones educativas que de forma continua, sistemática y permanente se realizan por el equipo básico de la atención primaria y al nivel de conocimientos adquirido por la mujer cubana en relación al tema.

En otro estudio realizado en la región sur de Brasil, el 83.5% de las mujeres se realiza el autoexamen de mamas ⁽³⁸⁾. El motivo de que las mujeres no se realicen el autoexamen en el estudio de Carvalho ⁽³⁸⁾ era el desconocimiento y el olvido.

Tabla 7. Encuestadas según medidas que tomarían para evitar las afecciones mamarias.

Medida a tomar	Encuestadas	%
Asistir periódicamente 1 vez al año con el médico.	73	53.29
Informarme y conocer más sobre el tema.	69	50.37
Estar pendiente de algún síntoma.	91	66.43
Modificar algunos factores de riesgo.	59	43.07
Conversar el tema con mis amigas.	83	60.59
Seguir igual que antes.	27	19.71
n =137		

✚ En la tabla N° 7 se observó que de manera general la respuesta de las encuestadas fue a tomar alguna medida, siendo estar pendiente de algún síntoma la que aportó 91 mujeres para un 66.43 % , llama la atención que existen 27 féminas para un 19.71 % que refieren no

tomar ninguna acción. No existe en la literatura revisada estudios similares a nivel nacional e internacional que nos permita comparar estos resultados.

Tabla 8. Encuestadas según factores de riesgos referidos para contraer afecciones de mamas.

Factores de Riesgo	Encuestadas	%
Sedentarismo.	9	6.57
Tabaquismo.	10	7.30
Consumo de alcohol.	4	2.92
Bajo consumo de vitaminas y minerales.	41	29.93
Elevado consumo de grasa animal.	33	24.09
Obesidad.	7	5.11
Exposición a carcinógenos.	5	3.65
Exposición a agentes infecciosos.	1	0.73
Antecedentes familiares.	27	19.71
n =137		

✚ Al analizar la tabla N° 8 se encontró que los factores de riesgo más referidos por las encuestadas fue el bajo consumo de vitaminas y

minerales con 41 para un 29.93 % seguido del elevado consumo de grasa animal con 33 para un 24.09% y por último los antecedentes familiares con 27 para un 19.71 % , cuando se conoce hoy en día que el factor genético, juega un papel preponderante dentro de la etiopatogenia de esta enfermedad. : ya que el riesgo de cáncer de mama es más alto entre las mujeres cuyos familiares consanguíneos cercanos tienen esta enfermedad. Su riesgo de contraer cáncer de seno aumenta si: Tiene dos o más familiares con cáncer de mama o cáncer de ovario. El cáncer de mama ocurrió antes de los 50 años de edad en un familiar (madre, hermana, abuela o tía) en cualquiera de la familia de uno de sus padres o tienen familiares del sexo masculino con cáncer de mama ⁽²²⁾. Hoy se reconoce que del 5 % al 10 % de todos los cánceres mamarios tienen como causa una susceptibilidad heredada y que el mayor riesgo se presenta cuando los familiares de primera línea de consanguinidad (PLC), más que los de segunda, están afectados y el riesgo se incrementa si más de un familiar sufre la enfermedad ⁽²²⁾. El efecto que puede ejercer la dieta sobre la salud y en particular sobre el cáncer es un aspecto que se viene estudiando desde décadas recientes, ya hoy confirmado. En el caso de mujeres japonesas que partieron hacia otros países y abandonaron su alimentación tradicional, existía una mayor probabilidad de padecer cáncer de mama y en la dieta occidental existe una mayor tendencia de las mujeres a sufrir cáncer de mama, porque se ha relacionado con el elevado contenido en grasas de la dieta, de azúcares y harinas refinadas, con comidas rápidas y la presencia de edulcorantes, conservantes y aditivos alimentarios, productos con un

alto contenido calórico que conllevan a una tasa elevada de sobrepeso y obesidad⁽³⁸⁾

Tabla 9. Encuestadas según sintomatología referida en el último año.

Síntomas	Encuestadas	%
Si	51	37.23
No	86	62.77
Total	137	100

✚ En la tabla N° 9 se observó que 86 de las encuestadas no refirieron síntomas para un 62.77 %, pero llama poderosamente la atención que en esta casuística aparezcan 51 para un 37.23 % que si lo refieren, lo que llevaría a la realización de acciones urgente por parte del equipo básico de salud a favor de la detección precoz y tratamiento de alguna alteración.

A pesar de ser una enfermedad detectable en la fase inicial, no todas las mujeres interiorizan la importancia de la detección precoz por la falta de orientación ante los primeros síntomas.

Tabla 10 Nivel de conocimientos sobre el concepto la enfermedad antes y después de la estrategia aplicada.

Nivel de conocimiento sobre		Después
-----------------------------	--	---------

el concepto de la enfermedad.	Antes			
	N	%	N	%
Satisfactorio	42	30.66	102	74.45
Insatisfactorio	95	69.34	35	25.55
Total	137	100	137	100

✚ En la tabla # 10 se muestra como el nivel de conocimientos sobre la enfermedad después de la intervención se fue elevando desde un 30.66 % hasta un 74.45 % quedando solamente como insatisfactorio el 25.55 % lo que demuestra que independientemente del nivel escolar que tengan las personas si se logra de manera sostenida y sistemáticamente llevarle el conocimiento necesario este puede mejorar de forma satisfactoria.

Partiendo del principio de que una promoción de la salud y la prevención de las enfermedades son importantes para la conservación de una vida saludable, la educación en salud mediante actividades que involucren al autoexamen de mama son indispensables para minimizar la aparición de la dolencia en estudio avanzado. De igual modo, son esenciales las inversiones en programas educativos y en la atención primaria que incluyen acciones de detección precoz del cáncer de mama y donde las acciones educativas son implementadas en el ámbito de los servicios de salud. Se debe fortalecer la relación médico-paciente y promover una mayor comprensión de las informaciones ofrecidas en la consulta ^(33, 34).

Tabla 11. Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo antes y después de la estrategia aplicada.

Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo.	Antes		Después	
	N	%	N	%
Satisfactorio	35	25.55	111	81.02
Insatisfactorio	102	74.45	26	18.98
Total	137	100	137	100

✚ En la tabla # 11 se observa que de forma global se aumentó de forma considerable el nivel de conocimientos de la muestra en cuestión desde un 25.55 % antes de la intervención hasta un 81.02% después de realizado es estudio, lo cual avala la productividad del estudio realizado en aras de mejorar la atención primaria de salud. No existe en la literatura revisada estudios similares a nivel nacional e internacional que nos permita comparar estos resultados.

Tabla12 Encuestadas según actitud para realizarse el examen y autoexamen de mama.

Actitud	Antes		Después	
	N	%	N	%
Adecuada	40	29.19	131	95.63
Inadecuada	97	70.81	6	4.37
Total	137	100	137	100

✚ En la tabla # 12 se observa que de forma general existe un cambio en la actitud de las mujeres dentro de la Investigación ya que de un 29.19% se logra un 95.63%, dejando solo un 4.37 % de féminas que mantienen una actitud inadecuada en relación a la realización del autoexamen así

como acudir para que se lo realicen en el consultorio médico de la familia.

Para que las mujeres detecten precozmente el cáncer de mama, es preciso que haya una mayor concientización en lo que se refiere a los beneficios del autoexamen de mama y que se involucren los profesionales de la salud, para que de este modo estimulen y enseñen su realización ⁽³²⁾.

Según bibliografía consultada ^(32, 33) entre el 7mo y el 10mo días después de comenzada la menstruación se encuentra el momento óptimo para la práctica del autoexamen de mamas, pues existe un equilibrio entre los niveles de estrógenos y progesterona, desapareciendo la posibilidad de encontrar falsos positivos por acción de estas hormonas.

Tabla13 Encuestadas según medidas que tomarían para evitar las afecciones mamarias.

Medidas	Antes		Después	
	N	%	N	%
Adecuada	49	35.77	117	85.40
Inadecuada	88	64.23	20	14.60
Total	137	100	137	100

🚦 En la tabla # 10 se muestra como las medidas adecuadas después de la intervención se fueron elevando desde un 35.77 % hasta un 85.40 % quedando solamente como inadecuadas el 14.60 %. No existe en la

literatura revisada estudios similares a nivel nacional e internacional que nos permita comparar estos resultados.

Conclusiones

El estudio mostró que las edades más frecuentes fueron entre los 50-54 años, el nivel educacional secundaria básica y ocupación las obreras en sentido general.

Al realizar el diagnóstico inicial se encontró desconocimiento sobre las afecciones y factores de riesgo de la mama, así como una actitud inadecuada con la realización del autoexamen y acudir al consultorio para la realización del examen. Se encontró sintomatologías mamarias en un tercio de las encuestadas

Se lograron modificar los conocimientos, actitudes y practicas sobre las afecciones mamarias después de aplicada la Intervención Educativa creada por la autora, se obtuvieron resultados satisfactorios, muestra ello del intenso trabajo realizado, aumentando el nivel de satisfacción y compromiso de los pacientes incluidos en el estudio, lo que favorece la posterior realización de otros trabajos educativos en la comunidad, así como fortalecer la atención primaria de salud en estos aspectos.

Recomendaciones

- ✚ Realizar nuevas estrategias de intervención educativa para promover salud y educar a la población afecta en otras enfermedades.
- ✚ Evaluar periódicamente el impacto de la presente estrategia educativa, realizar controles en esta enfermedad y otras.
- ✚ Extender la estrategia a otros consultorios del Área de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.

1. Yaloni MA. History of the Breast. Happer Collins publischer, London, 2007.
2. Mandonas EB, Fisher H, Rickette A, Wickerman R, Morgalese. NSABP Headquarters, Piltsburgh, PA. Society of surgical oncology. Annual Cáncer Symposya, Atlanta; 2006.
3. Tumores en las mamas AD (en línea) 2 agosto 2003 (15 agosto 2005) disponible en: <http://www.adam.com>
4. Expósito Reyes OR, Tornes Salgado C, Valles Gamboa M, Bello Fonseca ZY, Quesada Oliva L, Efectos de la Terapia sobre manifestaciones clínicas de la enfermedad fibroquística de la mama. Rev. Cubana Cirugía. 2001.10 (3). 2005-9.
5. Autoexamen de mamas (en línea) 13 septiembre 2005 (15 de agosto 2009). Disponible en: <http://www.vía.salud.com>
6. Cáncer de mama (en línea) 25 octubre 2006 (15 agosto 2008). Disponible en: <http://www.mecicosecuador.com>
7. Baja mortalidad de cáncer de mama AD (en línea) 2 agosto 2007 (15 agosto 2008). Disponible en: <http://www.adam.com>
8. Max Parkin D, Freddie Bray MD, Ferlay J, Pisan P. Global cáncer Statistics, 2005. CA. Cáncer J Clin 2006; 55:74-108.
9. Aumenta incidencia de cáncer mamario TU (en línea) 1 agosto 2006 (15 septiembre 2006). Disponible en: <http://www.tusalud.com>
10. Refuerza Cuba acciones de prevención del cáncer de mama (en línea) 10 julio 2005 (12 septiembre 2006). Disponible en: <http://www.trbajadores.cubaweb.cu>

11. González M, Chávez M, Romero P, Lence A. Riesgo de morir por cáncer de mama en Cuba. Revista Cubana de Oncología 2005; 14(1): 22-25.
12. OPS: la salud en Centro América. Vol 2, Washington 2005: 233.
13. Diagnóstico de la Situación de Salud del Policlínico Universitario de Majagua: Policlínico de Majagua; 2009.
14. Morales González R, Rollan PA. Morbilidad de cáncer de mama en la Mujer. Revista Cubana MGI 2006; 15 (3):26-30.
15. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2005. CA Cancer J Clin. 2005; 55:74-108.
16. Gallagher Martin HS. An orientation to the concept of minimal breast cancer. BMJ 2007; 28: 1505-1507.
17. Murphy GP, Laurence W, Lenghard R. American Cancer Society, Textbook of Clinical Oncology. Second Edition. Washintong, DC: OPS, 2007.
18. Detección temprana del cáncer de seno. /en línea/ Fecha de acceso 2008 nov.-10/ disponible en: [http://www. cáncer. org/docroot/ESP/content/ESP](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP).
19. American Cáncer Society. Etapas de cáncer de mama. Enciclopedia Médica en español. Cáncer de Mama. /en línea/ fecha de acceso 2006-nov-10/ disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>.
20. Journal of the National Cancer Institute, 20 de octubre 2008, Tomo 26, Número 20; Pág.: 15, 18-27. (en línea) fecha de acceso 2009-nov-10. Disponible en: [http://www.cancer.gov/newscenter/pressreleases/LatestageBreastSpanish](http://www.cancer.gov/newscenter/pressreleases/LateststageBreastSpanish).

21. Rodríguez E, Domchek S. The prevention of hereditary breast cancer. *Semin Oncol* 2007; 34:401-5.
22. Gail MH, Brinton L, Byar D. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for White females who are being examined annually. *J National Cancer Inst.* 2005; 81:1879-86.
23. Constantino JP, Gail M. Validation studies for models projecting the risk of invasive and total breast cancer incidence. *J Nat Cancer Inst.* 2006; 91: 1541-8.
24. Capote NL. Epidemiología del cáncer de la glándula mamaria. En *Avances en mastología*. Sn. Venezuela. 2008.
25. Torres - Strauss L, Menéndez H. Patología Mamaria. Nuestra experiencia, *Boletín del Centro de Atención de la Universidad de Carabobo*. 2008.
26. Silverstein MJ. Diagnosis and treatment of early breast cancer. *BMJ* 2007; 314:1736-39.
27. Erresto RM. Métodos diagnósticos utilizados en la patología mamaria. *Revista Cubana Enfermería* 2005; 11(1): 44-50.
28. Malley OM, Fletcher S. Pesquisaje para el cáncer de mama con autoexamen de mama. *Revista Cubana MGI* 2007; 3(4):59-86.
29. Lence Anta JJ, Fernández S, Lezcano M. El riesgo de enfermar y morir por cáncer en las diferentes provincias de Cuba. *Revista cubana Oncología* 2006; 7(1) 52-53.

30. Lage M, Carballoso M, Azcué M. Las posibilidades de reducción de la mortalidad por cáncer en Cuba. Análisis para un programa nacional. Revista cubana Oncología 1987; 3(2):101.
31. Ortiz Martínez A, González Martín A, Rodríguez Monteagudo J. Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de Mama. Gaceta Médica Espirituana 2008; 7(3).
32. Berdión MB, Portuondo C, Berdión S. Pesquisaje masivo de cáncer de mama con un equipo móvil de mamografía. Revista Cubana MGI 2007; 13(5):439-42.
33. González L., González PL. Estudio mamográfico de pacientes sintomáticos. Revista Cubana Oncología 2006; 17(3): 162-166.
34. Pasos para encontrar abultamientos. Cáncer de seno. /en línea/ Fecha de acceso 2006-nov-10/ disponible en: <http://Familydoctor.org/e018.xml>.
35. Castell J, Rodríguez A. Afecciones Mamarias. En Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología .Ciudad de la Habana, 2007, Editorial Ciencias Médicas. p. 339-56.
36. Powell D, Besteñin C. Enfermedades de la mama. Diagnóstico y Detección. Editorial Musbiyn, sl.2005
37. Llanos, G. La detección del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. En temas de actualidad. Bol. Sanit. Panam; 2007. 114 (3): 259-64.
38. ILADIBA ABCDietas.com <http://www.ABCdietas.com>

ANEXOS:

ANEXO 1:

Consentimiento de participación en el proyecto de investigación médica.

Yo _____

Doy mi conformidad para participar en la investigación. Sobre el comportamiento de las afecciones de mamas, después de haber recibido las explicaciones pertinentes por parte de la Dra. Yanicel Hernández Guardarrama.

Voluntariamente firmo este consentimiento a los ____ días del mes de _____ del 2010.

Firma

ANEXO 2:

Nuestro trabajo tiene la finalidad de perfeccionar y elevar la calidad de los servicios de salud, por lo que necesitamos su cooperación sincera, no es necesario que escriba su nombre.

1- Consultorio: _____

2- Edad cumplida: _____

3- Nivel de escolaridad:

Ninguno_____ Primaria_____ Secundaria_____ Técnico Medio

Preuniversitario_____ Universitario_____

4- Ocupación que realiza.

Ama de casa_____ Jubilado_____ Desocupado_____ Trabajador por
Cuenta Propia_____ Obrero_____ Dirigente_____ Servicio_____
Obrero Agrícola_____ Profesionales_____

5- ¿Conoce UD que la mama se divide en 4 cuadrantes, pezón, areola y los
conductos de la mama?

Conoce_____ No conoce_____

6- ¿Conoce UD que la mama es una glándula especialmente preparada para la
producción y secreción de la leche con fines nutricia?

Conoce_____ No conoce_____

7- ¿Conoce UD que las principales afecciones de la mama son los cambios
fibroquísticos mamarios, fibroadenomas, necrosis grasa y abscesos mamarios?

8- ¿Conoce UD cuando debe realizarse el autoexamen de mama?

Conoce_____ No conoce_____

9- ¿Conoce UD los principales síntomas que se presentan en las afecciones de
mamas?

Conoce_____ No conoce_____

10- ¿Conoce UD que los principales exámenes diagnósticos son: el
autoexamen de mama, el examen de mama periódico, mamografía y biopsia?

Conoce_____ No conoce_____

11-¿Conoce UD el momento de ir al médico y el chequeo?

Conoce_____ No conoce_____

12- ¿Conoce usted sobre el autoexamen de mamas?

Si_____ No_____

¿Se lo realizará?

Me lo realizaré_____ No me lo realizaré_____

13- ¿Se realizará el examen de mama por el personal de salud?

Me lo realizaré_____ No me lo realizaré_____

14- ¿Sabe UD las principales medidas que tomaría para evitar las afecciones de mamas? (Marque con una cruz (X) las que considere correcta).

Asistir periódicamente 1 vez al año con el médico_____ Informarme y conocer más sobre el tema_____ Estar pendiente de algún síntoma_____

Modificar algunos factores de riesgo_____ Conversar el tema con mis amigas_____

Seguir igual que antes_____

15- De lo referido a continuación marque con una cruz los que UD practique.

Sedentarismo_____ Tabaquismo_____ Consumo de alcohol_____

Bajo consumo de vitaminas y minerales_____ Elevado consumo de grasa animal_____ Obesidad_____ Exposición a carcinógeno_____

Antecedentes familiares_____

16- ¿Presenta UD algún síntoma? Si_____ No_____

