

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE CEBALLO



Título: Intervención educativa sobre cáncer de mama en mujeres en edad fértil del consultorio no. 2 Ceballos.

Autora: Dra. Noreysi Campanioni Tamayo

Aspirante a especialista de primer grado de Medicina General Integral

Ciego de Ávila
2019

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE CEBALLO



Título: Intervención educativa sobre cáncer de mama en mujeres en edad fértil del consultorio no. 2 Ceballos.

Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en
Medicina General Integral.

Autora: Dra. Noreysi Campanioni Tamayo

Residente de Segundo año de Medicina General Integral

Tutora: Dra. Amparo Alina Zubeldía García

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Profesor Instructor.

Ciego de Ávila

2019

PENSAMIENTO:

En lo tocante a la ciencia, la autoridad de un millar no es superior al humilde razonamiento de una sola persona.

Galileo Galilei.

DEDICATORIA:

A mis padres por sus esfuerzos y dedicación en brindarme la mejor educación, por inculcarme los valores que me definen hoy como persona y profesional.

A mi esposo, por su compañía en este viaje no exento de sacrificios, por su apoyo, comprensión, amor y paciencia durante las horas dedicadas a la realización de esta tesis.

A mi hermana por siempre brindarme aliento en los momentos en que ya no tenía fuerzas para seguir.

A mi hija por ser ella el motor que me impulsa a esforzarme más cada día para cumplir mis metas.

AGRADECIMIENTOS:

A quien me dio la oportunidad de estar hoy cumpliendo mi sueño, La Revolución Cubana, y a nuestro máximo líder Fidel Castro, quien nos convoca como ese gran ejército de batas blancas que cumple con la humana y altruista misión de preservar la salud de nuestro pueblo y el mundo.

A mis padres por su apoyo incondicional y permanecer siempre a mi lado, por ayudarme a crecer y a confiar siempre en mí, y sin los que este sueño no sería posible.

A mi familia por brindarme siempre su apoyo y comprensión.

A mi tutora la Dra. Amparo Alina Zubeldia García.

A mis profesores, en quienes he encontrado apoyo, sabiduría, profesionalidad, ayuda y comprensión.

A mis amigos y amigas, aquellos que siempre estuvieron cerca de mí con una frase de aliento y confianza.

A Todos los que de una forma u otra colaboraron en la realización de este trabajo, haciéndolo suyo.

A todos

Muchas Gracias.

<i>Índice</i>	<i>Páginas</i>
Introducción.....	1
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Materiales y Métodos.....	28
Resultados y discusión.....	33
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Referencias bibliográficas.....	
Anexos.....	

RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental con pre-prueba y pos-prueba para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar conocimientos relacionados con cáncer de mamas en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio no. 2 del Policlínico de Ceballos, del municipio de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre febrero 2018 a enero 2019. El universo estuvo constituido por 120 mujeres en edad fértil pertenecientes al área de estudio en el periodo comprendido para este. La muestra fue conformada por 55 féminas a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de mamas, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las mujeres entre 45 y 49 años, casadas y con nivel preuniversitario. El nivel de conocimientos inicial sobre factores de riesgo, diagnóstico precoz, autoexamen de mamas y repercusión familiar, era muy bajo en la población de estudio, siendo una clara necesidad sentida en ellas. Con la aplicación de la intervención se logró una modificación positiva y significativa de todas las temáticas mencionadas por lo que se consideró efectiva dicha intervención.

Palabras Claves: Intervención educativa, Cáncer de mamas, Autoexamen de mamas.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de las sangres o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo. Allí pueden adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis. El cáncer de mama puede aparecer en mujeres y hombre, pero más del 99% de los casos ocurre en mujeres. ⁽²⁶⁾

De otro lado Cabero, define al cáncer de mama como un proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose posteriormente hasta constituir el tumor. ⁽²³⁾

El cáncer de mama (CM) es el tumor maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte en países desarrollados. ⁽⁴⁴⁾ Cada año, la estadística mundial señala más de un millón de casos nuevos, y una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida (12,2 %) y una de cada 28 de morir por esta enfermedad. ⁽⁴⁵⁾ La descripción más antigua de esta afección proviene de Egipto, del 1600 a. c. El papiro Edwin Smith, el papiro Ebers e Hipócrates describieron varios casos con esta enfermedad. ⁽⁴⁸⁾ El cáncer de mama constituye el tumor más frecuente en la mujer y cada año mueren alrededor de 373 000, lo que representa el 14 % de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino. ⁽⁴⁹⁾ Se estiman 700 000 casos nuevos cada año en el mundo, y esto es variable en los diferentes países. ⁽⁴⁸⁾

Es una enfermedad común de los países desarrollados, donde 1 ó 2 de cada 20 mujeres la adquieren en el transcurso de la vida; en los países en desarrollo existe un riesgo más bajo, pero la incidencia muestra una tendencia ascendente.¹

El incremento paulatino de la morbilidad y la mortalidad por cáncer mamario ha impulsado la puesta en marcha de programas de lucha contra esta enfermedad. La ejecución de estos programas implica acciones que garanticen su aplicación masiva, la detección de grupos de riesgo y la realización de pesquisaje entre otras.²

En Cuba el conocimiento real de la población femenina sobre el autoexamen de mamas, como método de diagnóstico precoz de enfermedades mamarias es bajo, pese a los esfuerzos de nuestro sistema de salud pública quien con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre el tema desde 1987 aprobó y comenzó a aplicar el Subprograma de Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de Mama, el que conjuga los 3 métodos de diagnóstico más utilizados mundialmente: en primer lugar, el autoexamen de mamas(el primer recurso con que cuenta la mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algún proceso patológico de la glándula mamaria), en segundo, el examen clínico anual de las mamas(que debe realizar el médico de familia a toda la población femenina mayor de 30 años) y por último, la mamografía(que incluye a las mujeres de 50 a 64 años de edad).³⁻⁵

En relación, el cáncer mamario es una enfermedad caracterizada por la proliferación incontrolada e inadecuada de células que morfológica y funcionalmente son inmaduras y dañadas, con capacidad para invadir los tejidos normales adyacentes y diseminarse a distancia. Se ha demostrado que una de cada 14 ó 16 mujeres podrá presentar cáncer de mama en algún momento de su vida y es más frecuente entre los 45 y los 65 años.²⁰

Su frecuencia varía ampliamente; los países de Norteamérica y Europa son los que tienen frecuencia más alta; los países de Asia y África tienen la más baja. En general, los países latinoamericanos también tienen baja frecuencia, a excepción de Argentina y Uruguay, los cuales tienen tasas semejantes a la de los países europeos. ⁽⁵⁰⁾ Se observan cifras elevadas en el norte de Europa, 129 x 100 000 mujeres en los países escandinavos, 110 x 100 000 en Italia y Estados Unidos de Norteamérica, 95 x 100 000 en Holanda y Reino Unido, y tasas pequeñas en países asiáticos como Japón con una tasa reportada de incidencia de 30 x 100 000 mujeres. ⁽⁴⁸⁾

En España, la principal causa de mortalidad por cáncer en la mujer en el año 2013 fue el de mama, que provocó 6477 defunciones. ⁽⁵¹⁾ En la provincia de Córdoba, Argentina, los tumores mamarios representan 25% del total de todos los tumores y la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. ⁽⁴⁷⁾ En México, esta enfermedad también es la más frecuente en la población femenina desde el año 2006, cuando superó la incidencia del cáncer cervicouterino. ⁽⁵³⁾

Cada año se diagnostican en Cuba más de 2 200 nuevos casos de cáncer de mama y las edades más avanzadas -de 50 a 64 años- son las de mayor riesgo. ⁽⁵⁴⁾ El cáncer de mama en Cuba, aportó 1519 defunciones en el año 2017, reportándose una tasa de 26.9 defunciones por cada 100 000 habitantes, constituyendo la cuarta causa más frecuente de mortalidad en ambos sexos. Además, constituyó la segunda causa más frecuente de mortalidad por cáncer en el sexo femenino y la principal causa de muerte por tumores malignos en mujeres con edades comprendidas entre 20 y 59 años de edad. ⁽⁵⁵⁾

Hasta la fecha, en la Atención Primaria de Salud el diagnóstico precoz es la principal arma contra esta enfermedad mortal, y en este sentido desempeña un papel importante el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la enfermedad. ⁽⁵⁶⁾

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13 %) ocurridas en todo el mundo en 2008. Más del 70 % de las defunciones por cáncer, se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando, y pasarán de los 11 millones en 2030. ^{4,6}

En los últimos estudios realizados en Buenos Aires, refieren que el cáncer de seno constituye para América Latina las causas más importantes de incidencia, esta llega al 48% de los tumores maligno y constituye un problema para la salud pública a nivel mundial la incidencia podría aumentar en un 50% hasta el año 2020 ⁴.

La Organización Mundial de la Salud (2006), en la investigación reporta que la incidencia y supervivencia está claramente conectado con factores socioeconómicos y grupos de mujeres de zonas rurales tienen menos acceso a los servicios de salud y educación sanitaria lo que las hace más vulnerables ⁴.

El cáncer de seno ocupa el segundo lugar en prevalencia a nivel nacional, es el primero si se toma en cuenta únicamente a la población en las mujeres. El 70% de los casos de cáncer de mama se presentaron en mujeres entre los 30 y 59 años de edad⁴. El autoexamen mamario, permitirá a la mujer apreciar la consistencia, tamaño, abultamientos, hundimientos característicos de la piel, que en ella fuesen normales, ya que ha tenido esas características muy propias de sus mamas durante toda su vida. Es por ello que este hábito, se bien debe considerarse desde temprana edad, ya que, si la mama es bien conocida, al aparecer algo extraño, se pueda detectar fácilmente³. El examen de seno constituye el método más eficaz, sencillo, inocuo, sin costo alguno, que puede ser realizado con una periodicidad mayor, al alcance de todas las mujeres y recomendado por diversos autores como el primer método a utilizar³.

Según Dorothea Orem⁵, el autocuidado es una contribución constante del individuo a su propia existencia, el autocuidado es la práctica de las actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo en plenitud, mantener su salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

La prevención del cáncer de seno se debe realizar mediante la información, orientación y educación se requiere que las acciones de prevención primaria reduzcan la incidencia de la enfermedad a través de educación para la salud y la participación social, orientados a tomar conciencia y autorresponsabilidad en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que proporcionen facilidades y participen activamente en las acciones de promoción de la salud, cuidados y control de esta enfermedad¹².

El cáncer de mama en la mujer ocupa el 1^{er} lugar con 4 585 030 defunciones para un 12,4 de fallecidas por cada 100 000.⁷ Una de cada 8 mujeres está afectada hoy en día por este flagelo, para una incidencia del 38,9, de aquí a 20 años esta cifra podría subir a una de cada 7 féminas. Cada año en el mundo, un millón de cánceres de mama son descubiertos y alrededor de 400 000 mujeres mueren. Se ha estimado que una mujer muere de cáncer de mama, cada 53 minutos y cada 30 minutos, se diagnostica.⁵

En España, como en el resto del mundo, es el más frecuente en la mujer, existe alrededor de un 10 % de probabilidades de que una mujer desarrolle a lo largo de su vida, dicha patología, además de ser una de las primeras causas de mortalidad, cuya incidencia en cuanto a la edad, es mayor entre los 50 y 60 años. En las Américas los países con mayor morbilidad por esta entidad en el año 2005, fueron los Estados Unidos, seguido de Uruguay y Canadá, que mostraron tasas ajustadas de 101,1; 83,1 y 81,1 por 100 000 habitantes respectivamente.⁷

En Cuba, la tasa de mortalidad más elevada por tipo de cáncer en mujeres, corresponde al tumor maligno de mama luego del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Durante el 2015, se reportaron 1 544 defunciones para una tasa de 27.4 por cada 100 000 habitantes. Dos de cada tres casos de cáncer de mama se declaran

después de la menopausia, pero también, y cada vez con más frecuencia, afecta a mujeres jóvenes, es decir, con edades comprendidas entre los 40 y 45 años.⁶⁻¹¹

El cáncer de mamas, constituye la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer, y se diagnostican cada año 1 600 casos nuevos. En el año 2012 se registraron 1676633 casos nuevos, lo cual representó una tasa de 43,3 por 100 000 habitantes, con mayor incidencia en mujeres mayores de 60 años, que representaron una tasa de 147,9 por 100 000 habitantes. Mantiene el primer escaño, en el grupo de 15 a 49 años con un ascenso de la tasa de mortalidad de 28 por 100 000 en el año 1970, a 31 por 100 000 en 2007, además de que, en este grupo etario, se genera la mayor cantidad de años de vida potencial perdidos (AVPP), por decesos de manera prematura.¹⁰

El Subprograma Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer Mamario consiste en el uso de procedimientos para detectar la enfermedad no diagnosticada en una persona supuestamente sana, mediante la determinación de los factores de riesgo, del empleo de diversas técnicas como la mamografía y la ultrasonografía, del examen físico y el autoexamen; esas 2 últimas consideradas como las más importantes para su detección temprana.¹¹

Hasta la fecha, el diagnóstico precoz en la atención primaria es la principal arma contra esta letal enfermedad y en ese sentido desempeña un papel importante el conocimiento del comportamiento de los factores de riesgo y la realización del autoexamen de mama.⁴

Los programas de prevención del cáncer mamario aún no han tenido el éxito esperado y la única garantía para modificar su impacto es el diagnóstico temprano.⁷

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa, su aplicación y tareas no han sido totalmente eficaces, por lo que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúa siendo difícil de lograr y hoy se pone en tela de juicio el valor real de una medida de atención temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen de mamas, pues han existido dificultades en su divulgación y su importancia.⁷

Los profesionales del primer nivel a través de la promoción, educación, diagnóstico y tratamiento oportuno pueden disminuir la tasa de mortalidad de esta enfermedad, teniendo en cuenta que los estudios realizados han demostrado que en la mayoría de las ocasiones la enfermedad es detectada por la paciente, que de detectarse en una etapa clínica temprana puede ser curada hasta en el 90% de los casos. En cuanto una mujer haya presentado su primer periodo menstrual es importante que el médico general y el personal de enfermería enseñen y promuevan la autoexploración de la glándula mamaria.⁸

La Provincia de Ciego de Ávila, no está exenta de esta realidad, además de encontrarse entre las que reportan las más elevadas tasas de incidencia de dicha patología pese a los esfuerzos y recursos destinados a este programa, pues aún el mismo posee debilidades, en las que se destaca la escasa prevención de la oncopatía, por no contar con programas de intervención educativos a nivel primario, dirigidos de forma permanente al conocimiento y control de los factores de riesgos que conllevan al desarrollo de esta frecuente neoplasia.⁹

En Ciego de Ávila los tumores malignos es la segunda causa de muerte para un total de 1326 pacientes fallecidos de sexo femenino y una tasa 178 6. La incidencia de mamas por todas las localizaciones según sexo femenino y provincia fue de 27,4%.

En Ceballos teniendo en cuenta que las poblaciones de las áreas rurales-como la que será objeto de estudio- debido al nivel cultural y a la baja percepción de riesgo poseen una vulnerabilidad añadida; y en tales circunstancias consideramos como fundamento de la presente investigación la necesidad de acrecentar el nivel de conocimientos acerca del autoexamen de mamas en la población a estudiar.

La necesidad de desplazar el diagnóstico de cáncer de mama de etapas tardías a etapas tempranas, y las posibilidades de ejecutar acciones de salud encaminadas a divulgar el auto examen de mama como la vía accesible para el trabajo de la prevención en la atención primaria es lo que motiva la realización del presente plan de acciones.

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa de cáncer, su aplicación y tareas no han sido totalmente eficaces, por lo que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúa siendo difícil de lograr y hoy se pone en tela de juicio el valor real de una medida de atención temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica, planteándonos como **problema científico**:

¿Cómo se pudiera modificar el nivel de conocimientos sobre cáncer de mama en mujeres en edad fértil del consultorio no. 2 de Ceballos en Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del consultorio médico de la familia no. 2, del policlínico de Ceballos en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a las féminas del estudio según algunas variables sociodemográficas de interés.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre cáncer de mamas en la población de estudio.
3. Diseñar y aplicar un programa de intervención educativa sobre prevención del cáncer de mamas.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Hipótesis: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del consultorio médico de la familia no. 2, del policlínico de Ceballos en Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y alcanza cerca de 30 % de todas las localizaciones femeninas. Esto se debe por lo general a diagnóstico médico tardío, por pobre trabajo de pesquisa en las áreas y tardía decisión de la mujer en buscar ayuda médica, y mucho en la inexistencia de la práctica del autoexamen de mama. Este se clasifica en etapas clínicas de acuerdo con el volumen del tumor (T) y la existencia o no de metástasis en ganglios regionales (N) y metástasis a distancia (M).¹

Hipócrates consideró que el cáncer era incurable, y en su volumen *Enfermedades de la Mujer*, se hace una descripción clásica de las mujeres que morían por cáncer mamario tardío; aunque no menciona un examen físico detallado, recomendaba la autoexploración mamaria para su diagnóstico incipiente y una mayor probabilidad de curación.²

El término "cáncer" es genérico, y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de "tumores malignos" o "neoplasias". Una característica de esta entidad nosológica, es la multiplicación rápida de células anormales, que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.³

Factores de riesgo del cáncer de mama.

Un factor de riesgo es cualquier causa que incrementa la posibilidad de tener una enfermedad, como el cáncer. Cada tumor tiene unos factores de riesgo conocidos y que pueden ser diferentes unos de otros.¹²⁻¹⁴

Tener un factor de riesgo, o varios, no significa que vaya a aparecer la enfermedad. Además, muchas mujeres que tienen cáncer de mama no tienen factores de riesgo aparente o conocido. Poseer un riesgo mayor para el cáncer de mama no implica la certeza de que se vaya a padecer la enfermedad en algún momento de la vida, sólo indica cierta predisposición. Se han identificado una serie de factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar un cáncer de mama a lo largo de la vida. Algunos factores son más importantes que otros y pueden variar con el tiempo. En el 50% de los casos no se observa ningún factor de riesgo.¹²⁻¹⁴

Los factores de riesgo del cáncer de mama se agrupan de la manera siguiente:

Factores de riesgo primario (alto riesgo):

Presentar edad mayor de 50 años, ser nulípara, haber tenido el primer parto después de los 30 años de edad. Además, poseer antecedente de hiperplasia atípica por adenosis mamaria, antecedentes personales de cáncer en mamas, colon u ovario, antecedentes familiares de primera línea de cáncer mamario, especialmente si hay mutación en los genes BRCA 1 o BRCA 2.

Factores de riesgo secundario:

Haber tenido una menarquía temprana (menor de 10 años) y / o menopausia tardía (mayor de 55 años), padecer obesidad posmenopáusica, realizar tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia, ausencia de lactancia materna o haberla brindado por menos de 3 meses. Además, también son conocidos como factores de riesgo secundario, presentar antecedente personal o familiar de cáncer en colon, endometrio u ovario, antecedente familiar (segunda línea) de cáncer mamario, practicar estilos de vida inadecuados (fumar, alcoholismo, sedentarismo, estrés frecuente), padecer diabetes e hipertensión, antecedentes de radiaciones excesivas:⁽⁵⁷⁾

La detección oportuna es quizá el eslabón más importante dentro de la cadena de atención, puesto que, si se hace a tiempo, existe una alta probabilidad de que las mujeres prolonguen su vida, siempre y cuando se garantice la continuidad de los procesos de intervención posteriores. ⁽⁵⁸⁾

Lamentablemente, a pesar de que es una afección que tiene gran trascendencia dentro de la población femenina y sobre la cual se han realizado varias investigaciones, muchas acuden a consulta en estadios avanzados de la enfermedad, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico, además el pobre trabajo de pesquisa, el desconocimiento de los factores de riesgos y la práctica del autoexamen de mamas influyen en el aumento de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina.

En esta sección se revisan los aspectos no modificables en una persona en concreto, como son el sexo, la edad, la raza, antecedentes familiares o genéticos, factores hormonales endógenos o enfermedades previas sobre la mama.¹²⁻¹⁴

Sexo: El ser mujer es el factor de riesgo más importante. Las mujeres tienen una glándula mamaria más desarrollada que los hombres, pero lo importante es que las células de esta glándula están sometidas al estímulo constante de los factores de crecimiento hormonales, los estrógenos y la progesterona. Los hombres pueden tener cáncer de mama pero la incidencia es muy baja: 100 veces menor que en la mujer.¹²⁻¹⁴

Edad: El riesgo de padecer cáncer aumenta con la edad. Alrededor del 18% de los cánceres de mama se diagnostican en la década de los 40 y el 77% por encima de los 50 años. Por encima de los 75 años el riesgo disminuye.¹²⁻¹⁴

Raza: Las mujeres de raza blanca son las que tienen un riesgo más elevado de padecer cáncer de mama. Las asiáticas y africanas son las que tienen menor riesgo. Las razones verdaderas son desconocidas todavía. Hasta ahora se considera que la relación con el estilo de vida es la razón más importante.¹²⁻¹⁴

Hereditarios (factores genéticos y familiares): Se refiere a la herencia genética: Al estado de los genes y a su expresión. Los factores hereditarios se identifican a través

de la historia familiar. Una historia familiar de riesgo de padecer cáncer de mama es:¹²⁻¹⁴

1. Tener dos o más familiares, de primer grado (madre, hermana, hija) o de segundo grado, de línea materna o paterna (abuela, tía), con cáncer de mama o de ovario.
2. Familiares con cáncer de mama y ovario simultáneamente.
3. Aparición del cáncer de mama en el familiar a una edad anterior a los 50 años.
4. Tener un familiar varón con cáncer de mama.

Así, el riesgo de tener un cáncer de mama es 1,8 veces superior si se tiene un familiar de primer grado con cáncer de mama u ovario, y de 2,9 si son dos familiares. Si el tumor del familiar apareció a una edad temprana, antes de los 40 años, el riesgo se incrementa en 5,7 veces.¹²⁻¹⁴

Alrededor del 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen un familiar con esta misma enfermedad. Estudios recientes muestran que alrededor del 5 al 10% de los cánceres de mama son hereditarios como resultado de una alteración en los genes (mutaciones). Los más conocidos son: BRCA 1 y BRCA 2. Las mujeres que tienen mutaciones en estos genes tienen un 80% de posibilidades de desarrollar cáncer de mama durante su vida, y a una edad más joven. Las mutaciones en estos mismos genes también son factores de riesgo para el cáncer de ovario. Otros genes involucrados son p53, ATM, PTEN, MLH1, MLH2 y CHEK-2. Las mujeres con cáncer en una mama tienen un riesgo elevado de padecer esta enfermedad en la otra mama: de 3 a 4 veces superior.¹⁵⁻¹⁷

Enfermedades benignas de la mama: Incrementan el riesgo aquellas enfermedades benignas que presentan un aumento del número de células con alteraciones (proliferación atípica). El riesgo se aumenta en 4 a 6 veces. El resto de enfermedades benignas no parece que incrementen el riesgo de cáncer de mama, como la enfermedad fibroquística o los fibroadenomas.^{16,17}

Factores hormonales endógenos: La exposición prolongada a altas concentraciones de estrógenos incrementa el riesgo de cáncer de mama. La producción de los estrógenos endógenos está modulada por la función del ovario: menarquia, embarazo/s, menopausia.^{16,17}

Tras la menopausia la fuente de estrógenos está en la glándula suprarrenal, con una modificación en el tejido graso de la hormona que se produce en esta glándula a estrógenos (estradiol y estrona). Se considera que:^{16,17}

Disminuye el riesgo: Primera regla después de los 12 años. Menopausia antes de los 55 años.

Aumenta el riesgo: Primera regla antes de los 12 años. Menopausia después de los 55 años.

Se estima que la ooforectomía bilateral (extirpación de ambos ovarios) antes de los 40 años de edad reduce el riesgo de padecer cáncer de mama en un 50%.

Existen una serie de factores de riesgo que podemos modificar, y por tanto contribuir a la prevención del desarrollo del cáncer de mama. Estos son los relacionados con la

descendencia, factores hormonales exógenos, así como la dieta y el ejercicio físico.
16,17

Descendencia: Las mujeres que no tienen hijos tienen un riesgo aumentado de cáncer de mama respecto a las que sí los tienen. Este riesgo aumentado es de 1,2 a 1,7. Por el contrario las mujeres con múltiples embarazos tienen un riesgo reducido de cáncer de mama. ^{16,17}

La edad del primer embarazo también tiene influencia en el riesgo: Si el primer embarazo ocurre a una edad superior a los 35 años el riesgo de padecer cáncer de mama es de 1,6 veces superior al de la mujer que lo tiene a la edad de 26 -27 años.
16,17

Cuanto más temprano sea el embarazo menor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Esto posiblemente se deba a que, durante el embarazo, las células de la glándula mamaria se diferencian completamente. ^{16,17}

Algunos estudios sugieren que la lactancia puede disminuir el riesgo de cáncer de mama, pero solamente si la lactancia es prolongada, durante 1,5 a 2 años. El riesgo se reduce en 4,3% por cada 12 meses de lactancia, sumándose otro 7% de reducción del riesgo por el parto. Los mecanismos por los que la lactancia previene del cáncer de mama son el retraso en el restablecimiento de la función ovárica, por un lado, y la disminución en los niveles séricos de estrógenos, por otro. Por tanto, se considera que: ^{16,17}

Disminuye el riesgo:

Primer embarazo a edad temprana.

Lactancia materna (si se da durante tiempo prolongado).

Algunos estudios sugieren que la lactancia podría disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de seno, especialmente si se prolonga por 1½ a 2 años.

Pero esto ha sido algo muy difícil de estudiar, especialmente en lugares como los Estados Unidos, donde la lactancia por un periodo tan prolongado como éste no es común.

La explicación para este posible efecto puede ser que la lactancia reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer (al igual que comenzar los periodos menstruales a una edad mayor o experimentar la menopausia temprano).³¹

Aumenta el riesgo:

Edad primer parto después de los 35 años.

Las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen en general un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Los embarazos múltiples y quedar embarazada a una edad temprana reducen el riesgo del cáncer de seno.

Aun así, el efecto del embarazo parece ser diferente para los distintos tipos de cáncer de seno.

Ausencia de embarazo.

Factores hormonales exógenos. Nos referimos aquí a los tratamientos hormonales como los contraceptivos orales, terapia hormonal sustitutiva en la menopausia y tratamientos para la infertilidad.

Tratamiento hormonal sustitutivo: La administración de tratamiento hormonal sustitutivo para tratar los síntomas de la menopausia está claramente desaconsejada.^{16,17}

Se ha demostrado un aumento del riesgo de cáncer de mama, estimado en 3 casos adicionales al año por cada 1.000 mujeres, o un incremento individual del riesgo del 0,3%.^{16,17}

Este aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama se relaciona más con la terapia hormonal sustitutiva que combina estrógenos y progestágenos y cuando este tratamiento es de larga duración (más de 15 años). El riesgo puede aumentar hasta un 83%.⁵⁹

La terapia hormonal con estrógeno (a menudo combinada con progesterona) ha sido usada por muchos años para ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia y para ayudar a prevenir la osteoporosis (adelgazamiento de los huesos). Este tratamiento es conocido con distintos nombres como terapia hormonal postmenopáusica (PHT, por sus siglas en inglés), terapia de restitución hormonal (HRT) y terapia hormonal menopáusica (MHT).

Hay dos tipos principales de terapia hormonal. Para la mujer que sigue teniendo el útero (matriz), los doctores generalmente recetan estrógeno y progesterona (conocida como terapia hormonal combinada). La progesterona es necesaria ya que el estrógeno solo puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de útero. Por otro lado, se puede usar solo estrógeno en las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía (mujeres que ya no tienen útero). A esto se le conoce como terapia de restitución de estrógeno (estrogenreplacementtherapy, ERT) o simplemente terapia de estrógeno (estrogentherapy, ET).

Terapia hormonal combinada (HT): el uso de terapia hormonal combinada después de la menopausia aumenta el riesgo de padecer cáncer de seno. Además, es posible que aumente las probabilidades de morir de cáncer de seno. Este aumento en el riesgo se puede observar incluso tras solo dos años de uso. La terapia hormonal combinada también aumenta la probabilidad de que el cáncer sea detectado en una etapa más avanzada.

Terapia hormonal bioidéntica: El término bioidénticas a veces se usa para describir versiones de estrógeno y progesterona con la misma estructura química que las encontradas de forma natural en las personas. El uso de esta hormona ha sido promocionada en el mercado como una manera segura de tratar los síntomas de la menopausia. Pero debido a que no hay muchos estudios que comparen las hormonas “bioidénticas” o “naturales” con las versiones sintéticas, no existe evidencia de que sean más seguras o eficaces. Se necesitan más estudios para saberlo con certeza. Se

debe considerar que el uso de estas hormonas bioidénticas tiene los mismos riesgos a la salud que cualquier otro tipo de terapia hormonal.

Terapia de estrógeno (ET): El uso de sólo estrógeno después de la menopausia no parece aumentar mucho el riesgo de cáncer de seno, si es que acaso lo aumenta. Sin embargo, en algunos estudios se ha descubierto que la terapia de estrógenos aumenta el riesgo de cáncer de ovario y de seno cuando se usa por mucho tiempo (por más de 15 años).

Actualmente no existen muchas razones contundentes para usar la terapia hormonal posmenopáusica (ya sea HT combinada o ET) que no sea tal vez para el alivio de los síntomas de la menopausia por un corto periodo de tiempo. Además de aumentar el riesgo de cáncer de seno, la terapia hormonal combinada parece aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, coágulos sanguíneos y apoplejía (derrame cerebral o ataque al cerebro).

Esta terapia reduce el riesgo de cáncer colorrectal y osteoporosis, pero estos beneficios y los posibles daños deben sopesarse, especialmente debido a que existen otros métodos para prevenir y tratar la osteoporosis, y las pruebas de detección pueden a veces prevenir el cáncer de colon. La terapia de estrógeno no parece aumentar el riesgo de padecer cáncer de seno, pero aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular.

Por tanto, en la actualidad, se recomienda evitar el uso de tratamiento hormonal sustitutivo para combatir los síntomas de la menopausia. Solamente en las mujeres sin antecedentes de cáncer de mama y con síntomas menopáusicos severos se puede valorar la realización de un tratamiento hormonal sustitutivo a dosis bajas y durante el menor tiempo posible.^{16,17}

Tratamiento de la infertilidad: No se ha demostrado ningún efecto en el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Estudios muy recientes y amplios lo han confirmado.

Factores dietéticos y ejercicio físico. Se puede decir que:¹⁰⁻¹³

Disminuye el riesgo:

Dieta rica en fibra (frutas y verduras). Las influencias dietarias han sido propuestas y examinadas, pero éstas no indican aumento o disminución de riesgo⁽⁶⁰⁾.

Un reciente informe elaborado por el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer en colaboración con el Instituto Americano de Investigación del Cáncer señala que entre un 30 y un 40% de los nuevos casos de cáncer que se diagnostican al año se podrían evitar realizando cambios en la dieta⁽⁶²⁾.

Cada vez tenemos más claro que las mujeres que consumen una dieta rica en grasas animales y pobre en vegetales, frutas y pescado tienen una mayor frecuencia de molestias mamarias y de patología mamaria⁽⁶³⁾.

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.⁽³²⁾

Realización de ejercicio físico: La evidencia que vincula la actividad física con la reducción en el riesgo de cáncer de seno, especialmente en las mujeres que han pasado por la menopausia, está aumentando. La pregunta principal es determinar cuánta actividad es necesaria. Algunos estudios han encontrado que incluso solo un par de horas a la semana podría ser beneficioso, aunque más actividad parece ser mejor.⁵

No está claro cómo exactamente la actividad física podría reducir el riesgo de cáncer de seno, pero puede deberse a sus efectos sobre el peso corporal, la inflamación, las hormonas y el balance energético. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los adultos dediquen al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos de intensidad vigorosa por semana (o una combinación de ambas), preferiblemente repartidos durante la semana.⁽⁵⁾

Aumenta el riesgo:

Obesidad (fundamentalmente en mujeres posmenopáusicas).

El sobrepeso o la obesidad después de la menopausia aumentan el riesgo de cáncer de seno. Antes de la menopausia, sus ovarios producen la mayor cantidad de estrógeno, y el tejido adiposo produce solamente una pequeña cantidad. Por otro lado, después de la menopausia (cuando los ovarios dejan de producir estrógeno), la mayor parte del estrógeno de una mujer proviene del tejido adiposo. Un exceso de tejido adiposo después de la menopausia puede elevar los niveles de estrógeno y aumenta su probabilidad de padecer cáncer de seno. Además, las mujeres que tienen sobrepeso tienden a presentar niveles de insulina en la sangre más elevados. Los niveles de insulina más elevados están relacionados con algunos tipos de cánceres, incluyendo el cáncer de seno.⁽⁵⁾

Alcohol: El consumo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado con un aumento en el riesgo de padecer cáncer de seno. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo. Aquellas mujeres que toman de dos a tres bebidas al día tienen alrededor de 20% más riesgo comparado con las mujeres que no toman alcohol. Se sabe que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas también aumenta el riesgo de padecer otros tipos de cáncer.⁽³⁶⁾

Estudios llevados a cabo en el Reino Unido concluyeron que "los estudios confirman las observaciones previas de que aparentemente existe la asociación entre el consumo de **alcohol** y el incremento en el riesgo de cáncer de mama en las mujeres. Pero existe una débil asociación entre la cantidad de alcohol consumida y el riesgo relativo"⁵⁶.

El Comité norteamericano de Carcinogenicidad de químicos en la comida concluye "Una nueva investigación concluye que una mujer que toma en promedio dos

unidades de alcohol por día tiene un riesgo un 8% superior de desarrollar cáncer de mama que la mujer que sólo bebe una unidad de alcohol por día. El riesgo de cáncer de mama aumenta con la cantidad de alcohol consumido diariamente". La investigación concluye que el 6% de casos de cáncer de mama se podrían evitar si se redujera el consumo de alcohol a niveles muy bajos (menos de una unidad de alcohol por día).²⁸.

El consumo de alcohol está claramente relacionado con un riesgo mayor de cáncer del seno. Las mujeres que toman un trago al día tienen un riesgo ligeramente más alto. Aquellas que toman de 2 a 5 tragos al día tienen alrededor de 1.5 veces más riesgo que las mujeres que no toman alcohol. Recomendamos que limite la cantidad que toma, si usted consume alcohol ⁵⁶.

Posiblemente dietas ricas en grasas saturadas (origen animal), especialmente en mujeres pre menopáusicas. ¹⁰⁻¹³

Las mujeres obesas posmenopáusicas tienen unos niveles séricos de estrógenos elevados, debido a la conversión de los andrógenos suprarrenales a estrógenos en el tejido graso. Este parece ser el mecanismo de su riesgo más elevado. El alcohol es un factor de riesgo claro. Las mujeres que consumen de 2 a 5 bebidas alcohólicas al día tienen un incremento del riesgo de 1,5 veces. ¹³

Cada vez hay más evidencia de que el ejercicio físico reduce el riesgo de cáncer de mama, aunque todavía no se sabe cuantificar ni decir cuánto ejercicio hay que realizar para que esta reducción del riesgo sea evidente. Se aconseja pasear, a paso rápido, durante alrededor de 2 horas a la semana. ^{13,14}

Factores inciertos.

No existen actualmente datos totalmente concluyentes respecto a la relación con la incidencia de cáncer de mama de diversos aspectos de la vida diaria con la polución ambiental, hábito de fumar, ingesta de algunos productos como café, fitoestrógenos o antiinflamatorios, utilización de desodorantes antitranspirantes o colocación de implantes mamarios. ^{13,14}

Tabaco: Tanto para las fumadoras activas como para las pasivas el riesgo parece estar aumentado. El hábito de fumar es un factor que aumenta la probabilidad de padecer de cáncer de mama, las toxinas que produce el tabaco se alojan en las zonas grasas del seno, mientras más tiempo se mantenga el hábito, mayor posibilidad de daño del tejido mamario y si este factor de riesgo se relaciona con otros constituye un problema altamente preocupante en la población. Según reporta un amplio estudio en más de 116000 mujeres realizado por Departamento de Servicios de Salud de California sugiere que el fumar genera una significativa amenaza, las mujeres que comenzaron a fumar antes de los 20 años y aquellas que iniciaron el hábito al menos 5 años antes de su primer embarazo, mostraron el mayor riesgo. Las fumadoras muy activas o que han fumado durante un largo período de tiempo también están en mayor riesgo de padecer la enfermedad⁵⁶.

Cafeína: Ningún estudio ha demostrado una relación clara entre su ingesta y el riesgo de cáncer de mama.

Implantes en las mamas: No hay evidencia de que exista un incremento del riesgo de padecer cáncer de mama. Pero sí hay que tener en cuenta que los implantes mamarios hacen muy difícil estudiar el tejido mamario en una mamografía.^{13,14}

Ingesta prolongada de antiinflamatorios: No se ha observado ninguna relación con el riesgo, a diferencia del papel protector que parece existir en el cáncer de colon.^{13,14}

Fito estrógenos: En los países Orientales, como China o Japón la incidencia de cáncer de mama es la más baja. Se ha atribuido a la alta ingesta de soja, desde la infancia, que contiene estrógenos débiles. Sin embargo, no hay estudios concluyentes sobre el probable efecto protector de estas sustancias. No hay ninguna evidencia de que el consumo de soja o productos derivados de la misma aumente la incidencia o el riesgo de cáncer de mama.^{13,14}

Golpes en las mamas: No se conoce ninguna relación entre la presencia de un traumatismo sobre una mama y el posterior desarrollo de cáncer de mama. Un fuerte golpe puede producir un hematoma que posteriormente se reabsorba pero que deje una zona de tejido de cicatrización. Es posible que en las mamografías se pueda observar esta lesión en el futuro y que pueda dar lugar a dudas sobre su naturaleza.^{13,14}

Depilación de las axilas (de cualquier tipo, principalmente laser): No hay ninguna evidencia de que pueda existir alguna relación entre la depilación y el cáncer de mama. Mamas de diferente tamaño: No hay ninguna evidencia de que pueda existir alguna relación. El tener una mama ligeramente más grande que otra es frecuente en las mujeres.^{13,14}

Factores ambientales: La exposición a las radiaciones ionizantes está relacionada con una mayor incidencia de cáncer de mama, especialmente si ocurre antes de los 40 años de edad. La edad de mayor susceptibilidad a las radiaciones ionizantes, en cuanto a la relación con el riesgo de cáncer de mama, es entre los 10 y 14 años:^{13,16}

Las radiaciones ionizantes más dañinas son por: Accidentes nucleares y Tratamientos con radioterapia en el área de la mama.

Definición de alto riesgo:¹³⁻¹⁶

Las mujeres que se han reconocido como de mayor riesgo, que la media de la población, para desarrollar cáncer de mama han sido identificadas como:

1. Aquellas asociadas con una elevada exposición (o larga exposición) a niveles de estrógenos circulantes, incluyendo: Edad avanzada. Menarquia precoz y menopausia tardía. Nuliparidad. Edad avanzada para el primer embarazo a término. Historia de tratamiento hormonal sustitutivo actual o pasado (conteniendo estrógenos y progestágenos).

2. Además, también se consideran de alto riesgo aquellas mujeres con:

Una historia familiar de cáncer de mama. Historia personal de biopsia/as de mamas previas. Diagnóstico de enfermedad benigna de la mama de carácter

proliferativo. Historia personal de exposición a radiaciones. Mujeres que tienen mutaciones genéticas específicas (BRCA1, BRCA2, p53 ó PTEN).

El 80% de los tumores de mama son carcinomas ductales infiltrantes, mientras que 20% restante está constituido por diversos tumores (lobulillar, medular, mucinoso o coloide, papilar y tubular). El 1-2% de las neoplasias se presentan de forma bilateral. El cáncer de mama metastiza con mucha frecuencia.¹²

El cuadro clínico de la enfermedad maligna de la mama comienza como un simple nódulo, indoloro, de tamaño variable, más frecuente en el cuadrante supero externo de una mama, que puede mostrar o no señales de fijación superficial (piel de naranja) o a los planos musculares y acompañarse de adenopatías axilares. La retracción del pezón y la ulceración de la piel son signos tardíos que asocian siempre metástasis distantes (pulmón, hígado, huesos, cerebro y otros).¹³

El diagnóstico de un tumor de mama descansa en 3 aspectos: el autoexamen mamario, la exploración clínica y medios diagnósticos como la mamografía y la ultrasonografía. La xerorradiografía es otra de las pruebas utilizadas, aunque tiene como inconveniente la dosis de radiación que se recibe, lo que la hace utilizable sólo en casos dudosos, pero es muy discutible su uso en pesquisas masivas. No obstante, debe tenerse presente que este método tiene hasta 15 % de falsos negativos en presencia de un cáncer mamario. La termografía es un método que mediante variadas técnicas muestra el aumento local de temperatura producido en el área tumoral. No es específico para detectar cáncer, pero puede ser útil para dirigir la atención hacia mujeres que muestren registros patológicos en la prueba. No se informan secuelas por este método.¹⁴ Existen otros métodos modernos que complementan el diagnóstico una vez detectada la lesión: la biopsia por aspiración y la biopsia excisional. La determinación preoperatoria de marcadores tumorales es importante como valor referencial. Su elevación tras un descenso puede ser índice de recidiva precoz o de metástasis a distancia.¹⁵⁻¹⁷

La autoexploración mamaria se recomienda a partir de los 20 años. Este posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta una mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y en específico del cáncer; más de 80% de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer.¹⁸⁻²²

No se ha demostrado que la autoexploración rutinaria reduzca la mortalidad por cáncer de mama ni que sea preferible a la detección rutinaria mediante mamografía; no obstante, los tumores detectados mediante esta técnica suelen ser de menor tamaño, asociarse con un mejor pronóstico y ser más fácilmente tratables mediante cirugía conservadora.²³

Por otra parte, el autoexamen de mama ha sido puesto a juicio debido a que no se ha demostrado en forma específica su relación con la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, en estudios realizados en los Estados Unidos de América del Norte. Es la prueba que ofrece menor sensibilidad, por elevar la proporción de falsos positivos. Sin embargo, esta sensibilidad mejora si las mujeres son entrenadas en la técnica correcta del autoexamen de las mamas.²⁴

Los autoexámenes de mama deben realizárselo todas las mujeres a partir de los 20 años, entre el quinto y séptimo día, posterior al ciclo menstrual, ya que es cuando los senos están más blandos; las mujeres que ya no presentan su menstruación, habrán de realizarlo un día específico de cada mes, esto es para crear hábito e intentar mejorar la técnica de detección. La técnica consta de los siguientes pasos:²⁵

Inspección: consiste en observar el aspecto externo de los pechos. Se realiza examinando atentamente cada uno de ellos, comparándolos: frente a un espejo observar tamaño y posición simétricos; vigilar cambios en la textura de la piel (pliegues, huecos, etcétera) o eczemas alrededor del pezón; desviación o retracción del pezón, así como salida de secreciones. Este procedimiento debe realizarse con los brazos extendidos sobre los costados y posteriormente con los brazos levantados sobre la cabeza.^{16, 22}

Palpación: permite descubrir posibles bultos anormales o nódulos en el pecho. Se realiza preferentemente en decúbito, colocando una almohadilla bajo la espalda en la región del seno a explorar. La palpación del seno derecho se realiza con la mano izquierda y el seno izquierdo con la mano contralateral. Con la yema de los dedos y con una presión moderada se inicia la exploración siguiendo la dirección de las manecillas del reloj o en forma de zigzag, buscando nodulaciones pequeñas. La palpación deberá profundizarse hasta la región axilar de cada lado.

Asimismo, se debe realizar presión moderada en todo el seno y en el pezón para observar cualquier tipo de excreción. La persona debe hablar de inmediato con el médico acerca de cualquier cambio que encuentre.²⁶

La Atención Primaria de Salud es el primer contacto, en la búsqueda de ayuda, de las pacientes afectadas de cáncer de mama, donde perennemente se lucha por alcanzar el diagnóstico precoz, pues el incremento de la esperanza de vida depende básicamente del diagnóstico temprano, en el que el examen clínico anual, el autoexamen mensual y la mamografía cada 2 años tienen una función primordial. La causa del cáncer de mama se desconoce, pero hay que tener en cuenta que aquellas mujeres con mayores probabilidades de enfermar deben tomar medidas preventivas que reduzcan esa probabilidad, ya sean las revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida.²⁷

Los profesionales de la salud tienen la tarea principal de contribuir a elevar la calidad de vida de la población cubana mediante acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades. Si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana, significa una curación en un alto porcentaje de los casos.²⁸

La autoexploración de las mamas es un método que tiene como propósito detectar el mayor número de casos nuevos en estudios tempranos, lo que permite tratamientos menos invasivos, eleva los índices de supervivencia y mejora la calidad de vida de la mujer afectada. Es decir, si un tumor mamario es diagnosticado en etapas tempranas, significa una curación en un gran porcentaje de los casos y, de este modo, la mujer no es sometida a las grandes tensiones que implica la noticia de padecer esta neoplasia, aceptar la idea de un cáncer, pensar en los tratamientos que vendrán y cómo estos afectarán su vida e incluso las de aquellos seres que los rodean.²⁹

Es más sencillo y extendido para el diagnóstico precoz, constituye una técnica que puede ser aplicada por cualquier mujer, no requiere gran empleo de tiempo ni el

despliegue de recursos costosos.¹⁰ Una de las recomendaciones, que muy probablemente no sufrirá variación alguna, es que las mujeres se realicen cada mes, cinco días después del primer día de la menstruación un autoexamen de mama.²⁹

A pesar de la evidencia que sugiere que el palpase cada mes tiene, cuando menos, una eficacia limitada, muchos especialistas creen que no hay por qué retirar la recomendación del autoexamen de las normas generales frente al cáncer. El hecho de tumbarse en una cama cada mes y palpase las mamas genera una conciencia positiva en las mujeres y las hace conscientes del problema.³⁰

Siempre que asista a consulta de su médico de familia por primera vez, será examinada independiente de la causa de sus males. Los principales motivos de consulta en afecciones mamarias son:³¹

- Alteraciones en el desarrollo de una o ambas mamas.
- Anomalías visibles en la piel de la mama (retracción de piel, areola o pezón, ulceraciones, deformidades, enrojecimiento, aumento de la red venosa, piel de naranja y otros).
- Sensación de pelota o bulto al palpar una mama.
- Aumento de la sensibilidad o dolor local en relación con las anomalías previas o no.
- Secreción por uno o ambos pezones

La paciente retira todas sus ropas de la cintura hacia arriba y puede permanecer sentada si sus mamas son pequeñas (o se acuesta en decúbito con una pequeña almohada en la espalda, si sus mamas son voluminosas o péndulas). El médico observa el aspecto general de ambas mamas, buscando anomalías en la forma, tamaño y caracteres de la piel, la areola y el pezón. Se ordena a la paciente que eleve sus brazos rectos por encima de la cabeza, los baje y después los coloque en la cintura y contraiga los músculos pectorales para observar mejor deformidades o retracciones no evidentes. Después, elevar de nuevo sus brazos y doblarlos por detrás de su cabeza. Todas son fácilmente diagnosticables a la inspección y su única solución es la cirugía estética cuando su presencia crea conflictos en la mujer o en su pareja.³¹

Los principales trastornos funcionales son ³¹:

Tumefacción y galactorrea en el recién nacido, que es fisiológica, debida a las hormonas placentarias y desaparecen espontáneamente.

La ingurgitación dolorosa de la pubertad femenina y la ginecomastia transitoria del adolescente varón son fisiológicas y también desaparecen espontáneamente.

Ingurgitación dolorosa puerperal: que se produce por dificultades de evacuación de la mama en los primeros días del puerperio. Los fomentos y la evacuación de la leche por succión o extracción instrumental resuelven la situación y evitan la temible mastitis.

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

siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen de mamas, pues han existido dificultades en su divulgación y su importancia.³²

Las mujeres por el interés que prestan a su integridad física y espiritual, hacen especial cuidado de su salud y brindan atención a diferentes partes de su cuerpo. Es común que sientan sus mamas como el centro de su feminidad estética, glándulas que también interviene en la lactancia materna.³³

Dentro de las patologías benignas se describen: la enfermedad fibroquística, fibroadenoma, el adenoma o papiloma del pezón, adenoma de la mama o tubular, el papiloma intraductal o intracanalicular, el tumor o fibroadenoma phyllodes y los quistes de mama; entre las malignas se encuentra el cáncer de mamas.³³

¿Cómo detectar un tumor en las mamas precozmente? Entre las medidas principales que se tienen para detectar un tumor en la mama está el autoexamen, consiste en que la mujer realice una autoexploración, como mínimo una vez al mes³⁴⁻³⁹. En esta exploración debe tenerse en cuenta, palpación de mamas y axilas para buscar posibles tumores; tamaño anormal de las mamas, enrojecimiento de la piel de estas y posibles cambios en los pezones como aparición de secreciones, hundimiento, o sangrado.³⁴

Las patologías de las mamas pueden ser detectadas con relativa facilidad debido a la exploración fácil de la mama, por lo que es recomendable la divulgación y realización del auto examen de mama, ya que permiten la determinación de anomalías que pueden corresponderse con las manifestaciones clínicas de neoplasias. Sumado el auto examen con la ayuda de los medios diagnósticos con que se cuenta en la actualidad. Los programas de screening en todo el mundo han demostrado claramente que un diagnóstico precoz determina una reducción en la mortalidad y permite una mejor calidad de vida de las mujeres. Este resultado se debe atribuir casi exclusivamente al autoexamen de mama y a la mamografía ya que permiten realizar un diagnóstico precoz del cáncer de mama. Por lo que es fundamental su práctica. El auto examen de mama es un método barato y sencillo de detección precoz que debe ser estimulado por los proveedores de la salud, sobre todo en mujeres de 35 y 55 años de edad. Dicha práctica puede ser particularmente beneficiosa en sociedades donde el screening mamográfico de rutina no está disponible o no está al alcance económico de la población¹⁹.

Las campañas nacionales masivas de información han sido sumamente efectivas y con el pasar del tiempo han tomado conciencia acerca de la importancia de llevar la población femenina la iniciativa de practicar el autoexamen de mama; entender que no es cuestión de elección, sino de necesidad.²⁰

El autoexamen de mama posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta una mujer para llegar a un diagnóstico temprano de alguna patología de la glándula mamaria y en específico del cáncer; ya que más de 80% de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer¹².

El autoexamen de mama debe realizárselo todas las mujeres a partir de los 20 años, entre el quinto y séptimo día, posterior al ciclo menstrual, ya que es

cuando los senos están más blandos; las mujeres que ya no presentan su menstruación, habrán de realizarlo un día específico de cada mes, esto es para crear hábito e intentar mejorar la técnica de detección.¹²

Así tenemos que “en México existen diversas publicaciones con respecto a la enseñanza y prevalencia de la aplicación de la autoexploración mamaria y se concluye que las mujeres son capaces de detectar lesiones de, al menos, 1 cm y, cuando son superficiales, de hasta 0.5 cm una vez que han recibido capacitación sobre la autoexploración mamaria”.⁷

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio pre experimental con pre-prueba y pos-prueba para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar conocimientos relacionados con cáncer de mamas en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio no. 2 del Policlínico de Ceballos, del municipio de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre febrero 2018 a enero 2019.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 120 féminas en edad fértil pertenecientes al área de estudio en el periodo comprendido para este. La muestra fue conformada por 55 féminas a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple y por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con voluntad de participar en la investigación y que firmen el consentimiento informado (ver anexo I).
- Pacientes que radiquen permanentemente en el área de salud.
- Pacientes que no presenten alguna discapacidad física o psicológica que le impida participar en las actividades del proyecto.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes diagnosticadas con cualquier tipo de cáncer.
2. Pacientes mastectomizadas.

Criterios de salida:

1. Pacientes que deseen abandonar el estudio.
2. Pacientes que abandonen el área.

La investigación se desarrolló en tres etapas:

Etapa inicial o diagnóstica: Diagnóstico del nivel de conocimientos al inicio de la investigación. En esta fase se aplicó un instrumento - Cuestionario en forma de examen (ver anexo II) diseñado por la autora del estudio a través del cual se evaluó el nivel de conocimientos de las participantes sobre el cáncer de mamas. Las aplicaciones se realizaron de forma individual en un local con las condiciones de privacidad y confort necesarias. El instrumento cuenta con preguntas de conocimientos, con una clave de calificación confeccionada a consideración de la autora, que dejó definido el nivel de conocimientos en:

- Inadecuado

- Adecuado

Etapa de ejecución o intervención educativa: Esta etapa comenzó dos semanas después de aplicado el instrumento-examen inicial y se realizó en cinco sesiones, diseñadas de acuerdo a los objetivos planteados para la intervención con una duración aproximada de 45 minutos y una frecuencia semanal (ver anexo III). Las sesiones se proyectaron como espacios de reflexión grupal, con el fin de perfeccionar la práctica educativa con mujeres, siguiendo el principio educación-desarrollo. El núcleo operativo para el desarrollo de la intervención lo constituyeron las opiniones y actitudes de las mismas respecto a temas relacionados con el cáncer de mamas.

La estructuración de las sesiones se realizó tomando como referencia la metodología del Centro "Marie Langer". Desde esta perspectiva resultaron útiles los momentos de trabajo grupal y el marco estructural de las sesiones cuidó la siguiente lógica:

- I. Momento inicial.
- II. Momento de planteamiento temático y elaboración.
- III. Momento de integración, evaluación y cierre.

La planeación de las sesiones presentó características distintivas. Así, su lógica interna varió teniendo en cuenta las diferencias entre la primera y última sesión, y el resto de las sesiones (sesiones temáticas). Los aspectos caracterizadores de cada una de ellas regularon su diseño.

La primera sesión definió como sus núcleos la presentación de las participantes, el diagnóstico de las expectativas y la elaboración del encuadre. Como premisa garantizó que la dinámica fuera rápida y ágil, que mantuvieran el interés y la motivación de los participantes.

Las sesiones temáticas fueron un punto significativo en el aprendizaje grupal. Este fue el escenario ideal para el intercambio de información, se guió el análisis grupal sobre los temas relacionados con el cáncer de mamas al tiempo que se introdujeron nuevos elementos cognoscitivos como precedente de la reconfiguración de criterios y actitudes frente al problema de salud tratado. Ello propició la asimilación y construcción del conocimiento.

Sesión final: Fue la sesión de cierre del programa. Representó una vuelta a los presupuestos de partida, en tanto balance de lo alcanzado y de su impacto en el sujeto (individual/grupal). Como resultado del aprendizaje en esta sesión se creó un producto final colectivo que sintetizó la vivencia construida en la intervención.

En cada sesión se utilizaron técnicas participativas que estimularon la reflexión y el análisis, y que mantuvieron a las participantes con adecuada motivación hacia las actividades grupales. Las relaciones entre la investigadora y las participantes fueron agradables y cordiales con el fin de estimular la cooperación por parte de estas últimas.

Etapa de evaluación: Evaluación del nivel de conocimientos después de la intervención. Al mes de realizada la última sesión de trabajo, se aplicó nuevamente el cuestionario-examen inicial. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de diagnóstico, con el objetivo de evaluar, una vez concluidas las actividades de intervención, el nivel de conocimientos alcanzado por las participantes en temas relacionados con el autoexamen de mamas. Ello ofreció pruebas de la eficacia de la intervención.

En las investigaciones de las ciencias de la salud desempeñan un papel fundamental los métodos empíricos, estadísticos y teóricos, dado que los métodos empíricos permiten la obtención y elaboración de los datos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan a los fenómenos.

Los métodos empíricos principales utilizados fueron: La observación, la experimentación, la encuesta, las técnicas sociométricas.

Encuesta: Para la recogida de los datos necesarios inicialmente se aplicó una encuesta diseñada con el objetivo de confirmar la existencia de algunos indicadores que contribuyeran a la caracterización del grupo y a la existencia de dificultades en cuanto al conocimiento sobre la problemática a estudiar.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Casada Soltera Acompañada Divorciada	Según estado civil presente al momento de la investigación	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Nivel educacional.	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universidad	Según el nivel educativo alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos general o global	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Después de concluido el cuestionario	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

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

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0, para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación $\leq 0,05$. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de mamas, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

La presente investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

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

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Título: Intervención educativa sobre cáncer de mama en mujeres en edad fértil del consultorio no. 2 Ceballos.

Tabla 1. Distribución de mujeres según grupos de edades. Ceballos. 2018 -2019.

Grupo de edades	No.	%
20 – 24 años	8	14,5
25 – 29 años	4	7,3
30 – 34 años	9	16,4
35 – 39 años	11	20,0
40 – 44 años	10	18,2
45 – 49 años	13	23,6
Total	55	100,0

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según las edades al momento de la investigación agrupadas por rangos de 5 años. Se pudo observar que las edades predominantes estuvieron entre 45 y 49 años seguidas por el grupo de 35 a 39 años con 13 y 11 casos respectivamente que representaron el 23,6% y el 20,0% por ese orden.

El riesgo de contraer cáncer de mama se incrementa con la edad. Para una mujer que vive más allá de los 90 años la probabilidad de tener cáncer de mama durante toda su vida es de 12,5% o 1 en 8 ²⁴.

Los resultados alcanzados coinciden con una investigación realizada en el Policlínico Docente Ángel Machaco Ameijeiras ubicado en el Municipio de Guanabacoa, de Cuba donde el grupo etáreo de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama fue de 45 a 49 años.⁷¹

La comparación con los trabajos de otros autores resulta difícil, debido a la selección de límites de edades mínimos y máximos diversos, así como diferentes intervalos de edades para los grupos etarios. Intervalos próximos al grupo etario predominante en esta investigación, para las mujeres con riesgo de padecer cáncer, se encontraron en la Comunidad 19 de abril, del municipio venezolano de Guanare (40-49 años),⁶⁸ en Bahía, Brasil (40-49 años)⁶⁹ y en México, donde en un estudio realizado por el Instituto del Seguro Social, encontró una edad promedio de 39, años.⁷⁰

Almaguer ²² refiere en un estudio similar que, el grupo etario predominó fue el de 30 a 49 años, las féminas de estas edades poseen mayor riesgo de padecer neoplasias mamarias y lo cual explica el interés por conocer acerca de la temática.

Resultados similares a los nuestros fueron encontrados por Carballo Fernández¹² en su estudio, por ello es necesario enfatizar en la definición de cáncer de mama en las pacientes y su familia.

El cáncer de mama es más frecuente a medida que avanza la edad de la mujer, por lo tanto, el diagnóstico precoz permite una supervivencia de cinco años (96 %) y de diez años (80 %).¹⁰ Es más frecuente en la población femenina, lo que representa el 18,4 % por lo que se hace necesario tomar todas las precauciones para su rápido diagnóstico, condición básica para su posible curación.

Se sabe que el riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes.²³ La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir cáncer de mama que los hombres.¹

La frecuencia de aparición de la enfermedad sigue una curva ascendente a partir de los 30 años, que presenta un pico de aceleración entre los 40-50 años y existe otro incremento en el intervalo de 60 – 70 años, sin relación con el estado hormonal; continúa a partir de esta edad un ascenso en forma más lenta. En los últimos años se ha incrementado la incidencia del cáncer de mama en edades tempranas, lo cual es motivo de preocupación por el mal pronóstico que presentan.¹⁵

Tabla 2. Distribución de mujeres según estado civil.

Estado civil	No.	%
Casada	22	40,0
Soltera	17	30,9
Acompañada	12	21,8
Divorciada	4	7,3
Total	55	100,0

La tabla 2 muestra la distribución de mujeres según el estado civil referido por las mismas en la encuesta. Se pudo observar que el estado civil casada predominó sobre las demás con 22 mujeres para un 40,0% del total seguido por las solteras con 17 de ellas para un 30,9%.

Estos resultados coinciden con un estudio realizado en la Universidad de Huánuco en el 2016 por Torres Abono donde el 37.6% de las mujeres tuvieron la condición de casadas.

La autora considera que los resultados obtenidos se deben a que en la población en estudio predomina el estado civil casado.

Tabla 3. Distribución de mujeres según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No.	%
Primaria	5	9,1
Secundaria	10	18,2
Preuniversitario	21	38,2
Universidad	19	34,5
Total	55	100,0

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según el último nivel de escolaridad vencido. Se pudo observar que el nivel preuniversitario resultó el más observado con 21 participantes que representaron el 38,2% del total seguido en orden de frecuencia por las féminas universitarias con 19 para un 34,5%.

La autora refiere que el alto nivel de escolarización, comparado con el encontrado por otros autores en poblaciones de mujeres con riesgo de cáncer en América Latina se debe a la obligatoriedad de la enseñanza para todos los ciudadanos hasta el nivel secundario y la posibilidad de alcanzarlo y continuar hasta niveles superiores, por el carácter gratuito de la educación en Cuba. Por lo anterior, los resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado en el Policlínico Docente Ángel Machaco Ameijeiras ubicado en el Municipio de Guanabacoa, donde predominaron las mujeres con escolaridad preuniversitaria con 32.5 %.⁷¹

Tabla 4. Distribución de mujeres según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de mamas evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	6	10,9	42	76,4
Inadecuado	49	89,1	13	23,6
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del cáncer de mamas. Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 6 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuado sobre los mencionados factores de riesgo, para un 10,9% del total, mientras que 49 (89,1%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 42 pacientes (76,4%) y este elevado número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Esto coincide con un estudio realizado en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas por la Master Clara Medero Collazo donde se observó que antes de la aplicación de la Intervención Educativa un 92% tenían conocimientos inadecuados y después un 88% presentaban conocimientos adecuados.

Las mujeres durante la investigación realizada no fueron capaces de identificar todos los factores de riesgo predisponentes a padecer el cáncer de mama, lo que nos orienta que existe un pobre nivel cognoscitivo sobre esta enfermedad; en el desconocimiento influyen diferentes causas como el interés y la falta de información por parte de personal calificado, la poca disponibilidad de recursos económicos y hasta el poder que ejerce el sexo masculino en el hogar que, en ocasiones, la limita para acudir a realizar los exámenes de estos órganos por prejuicio propios de la sociedad, esto concuerda con estudios consultados.²²⁻²⁵

Los factores de riesgo asociados al cáncer de mama entre la población femenina determinan una elevación de la morbimortalidad. El desconocimiento de los factores de riesgo hizo que uno de los temas abordados en el estudio fuera precisamente el conocimiento sobre los mismos. Se coincidió con un estudio realizado por Martínez Camilo,¹⁴ donde el factor de riesgo que predominó fue la edad por encima de 40 años y la historia familiar positiva de cáncer de mama.

Según refiere Salaverry O.³⁰ existen bibliografías donde se hace alusión a la importancia del conocimiento sobre los factores de riesgo que puedan predisponer a padecer dicha enfermedad, fundamentalmente los que pueden ser modificados; la comprensión de los factores de riesgo identificados para el cáncer de mama hace transformar las conductas inadecuadas en saludables para una calidad de vida mayor.

En Cuba, el Ministerio de Salud Pública, realiza cada año campañas para que las mujeres aprendan a identificar los factores de riesgo del cáncer de mamas, pero las representantes del género no siempre interiorizan la importancia que reviste tal tema.

14

Tabla 5. Distribución de mujeres según nivel de conocimientos sobre la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mamas evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	19	34,5	51	92,7
Inadecuado	36	65,5	4	7,3
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mamas. Se observó que, en la evaluación inicial realizada al comienzo de la investigación con fines diagnósticos, solo 19 de los participantes indicaban los ítems correctos del cuestionario sobre el mencionado diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad que posibilite tomar conductas más acertadas para la paciente, representando el 34,5% del total, mientras 36 (65,6%), no demostraban conocimientos suficientes sobre el mismo.

Una vez concluido el programa educativo y pasado un tiempo prudencial, se aplica nuevamente el cuestionario con un resultado positivo de 51 participantes (92,7%), respondiendo los ítems adecuados, modificación que resultó significativa al analizarla con la prueba de McNemar que presentó un resultado muy inferior a 0,05.

El examen mamario es importante para el diagnóstico precoz del cáncer de mama, pero más de la mitad de las pacientes encuestadas reconocen que este examen solo sirve para prevenirlo y acuden a consulta solo cuando tienen síntomas referidos a sus mamas o nunca asisten; no se encontraron estudios que exploren estos aspectos. En Cuba, se han realizado varios estudios como son la exploración de los conocimientos sobre la detección precoz de la enfermedad en el 2009 y otro realizado por el Fernández ¹², donde aprecia que las mujeres encuestadas tienen conocimiento sobre cáncer de mama, algunos de sus factores de riesgo y que en la divulgación sobre el tema, el médico y personal de salud en general, junto con los medios masivos de comunicación son los responsables de que la información esté al alcance de la población, coincidiendo con las cifras encontradas en países desarrollados. ²³

En este sentido Vela, et al,¹⁷ señala que el diagnóstico precoz reduce el riesgo de muerte en un 56-79 %, aunque su importancia fundamental está en el diagnóstico precoz de la enfermedad, su utilidad no se limita a esta enfermedad, ya que el auto examen de mama permite detectar otras enfermedades como nódulos benignos, quistes entre otras alteraciones.

Tabla 6. Distribución de mujeres según nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mamas evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	23,6	47	85,5
Inadecuado	42	76,4	8	14,5
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre autoexamen de mamas. Se pudo observar en la encuesta inicial diagnóstica, que solo 13 mujeres respondían adecuadamente los ítems consignados en la encuesta sobre un aspecto tan importante como este que implica dominio de la técnica y responsabilidad para hacerlo con la frecuencia adecuada, para un escaso 23,6% del total, mientras que 42 (76,4%), no demostraban conocimientos adecuados sobre el mencionado examen individual.

Al terminar el programa capacitante y aplicar el cuestionario por segunda vez luego de un tiempo prudencial, la cifra de respuestas acertadas, se elevó hasta 47 participantes para un 85,5% del total siendo una modificación positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada para este fin.

Esto coincide con un estudio realizado en el 2018 en Lima Perú por la Licenciada en Enfermería Pilar Araceli donde el 30% de las participantes elevaron sus conocimientos sobre cómo realizar el autoexamen de mamas después de la aplicación del programa educativo.

Por su parte, Márquez Acosta G et al ²³, refieren que en su casuística solo 45 % conocían la importancia de efectuar el autoexamen de mama como medio sencillo rápido y eficaz para encontrar alteraciones primarias en el órgano, además dominaban la técnica para su realización

La mama puede ser examinada con facilidad por lo que su autoexamen en la mujer es importante en la detección de enfermedades de las glándulas mamarias; los resultados encontrados durante nuestra investigación no coinciden con la mayoría de los estudios revisados en la bibliografía, en Venezuela; estudios realizados indican que un alto porcentaje de mujeres manifiesta no sentirse molestas ante el hecho de examinarse las mamas (62 %) y además, saben que es necesario hacerlo al menos una vez al año, según la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación.¹⁶

Autores como Bernardello ²⁶, entre otros ^{24,32}, plantean que en países desarrollados, Reino Unido, España y Estados Unidos, un porcentaje elevado de mujeres, (más de 50 %) tiene conocimiento básico sobre cáncer de mama, sus factores de riesgo, su autoexamen y la consulta a centros médicos es mucho mayor que los referidos en bibliografía de países en desarrollo; ¹⁷ sin embargo, en Cuba, se encontró un estudio que es el de Exploración de Conocimientos sobre el Autoexamen Mamario en el que se demostró la necesidad de incrementar la labor educativa para el aprendizaje del procedimiento para realizar el autoexamen de mamas y cómo se realiza este, pues el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas tenía desconocimiento sobre su técnica, según refieren Hernández y otros ²⁵; es algo contradictorio encontrar aún en nuestro país mujeres que desconozcan sobre cómo se debe realizar el autoexamen de mama a pesar de la divulgación que existe sobre la enfermedad a nivel nacional, pero como se refiere en el estudio, la labor educativa para el aprendizaje de la técnica ha decrecido en los últimos años.

Al evaluar los conocimientos en la investigación, inicialmente se comprobó que las pacientes desconocían la técnica adecuada para realizar el auto examen de mama. El

conocimiento de los objetivos que persigue la realización del auto examen de mama es uno de los pilares en los que se sustenta el pronóstico y la durabilidad del cáncer de mama, se señaló que su práctica adecuada y sistemática posibilita diagnosticar esta enfermedad en estadios iniciales lo que posibilita un mayor índice de durabilidad, un mejor pronóstico y un tratamiento menos invasivo para la mujer.^{14,15}

Piñeiro¹⁹ señala que, en la promoción de actitudes adecuadas con respecto al auto examen de mama, es de vital importancia la labor del equipo básico de salud, que labora en la comunidad, pero este no debe limitarse solamente a brindar información, sino que debe mostrar a las mujeres la técnica correcta para realizarlo y enfatizar esto en cada consulta y en los terrenos, supervisar que se realice adecuada y sistemáticamente.

Tabla 7. Distribución de mujeres según nivel de conocimientos sobre repercusión familiar del cáncer de mamas evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	18,2	43	78,2
Inadecuado	45	81,8	12	21,8
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre repercusión familiar del cáncer de mamas. Se pudo observar que, en la encuesta diagnóstica, aplicada al comienzo de la investigación, solo 8 mujeres poseían conocimientos sobre las consecuencias que un diagnóstico de cáncer de mamas puede tener para el seno familiar donde este ocurre representando el 18,2% de las participantes, mientras que 45 (81,8%), no demostraban conocimientos adecuados.

A concluir la actividad capacitante y aplicar la encuesta final, la cifra de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 43, las que representaron el 78,2% del total, logrando así una modificación positiva que resultó significativa según la interpretación de la prueba estadística utilizada.

El riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes.²³ La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir cáncer de mama que los hombres; a todo esto, se suma el impacto psicosocial que impera en familias con algún miembro con cáncer de mamas, sin olvidar además el impacto socioeconómico

que esto conlleva en familias de bajos recursos, lo cual genera niveles de estrés muy elevados. ³⁵⁻³⁹

Si la abuela, madre o hermana, han tenido o tienen cáncer de mama, el riesgo es algo mayor, de 2 a 3 veces superior. Si tanto la madre como la hermana tienen cáncer de mama, tiene un riesgo 50 % superior de tener cáncer de mama que otra mujer sin estos antecedentes familiares. Sin embargo, este riesgo aumentado no significa que necesariamente las mujeres con antecedentes familiares directos de cáncer de mama vayan a padecerlo. Lo más importante es que las mamas de estas mujeres sean vigiladas estrechamente de forma periódica ⁽⁶⁶⁾.

El riesgo aumenta si hay antecedentes de cáncer de mama en hermanas, madre y tías maternas, en especial si la enfermedad apareció en la etapa pre-menopáusica y si fue de localización bilateral ⁽⁶⁶⁾.

Dos genes, el BRCA1 y el BRCA2, han sido relacionados con una forma familiar rara de cáncer de mama. Las mujeres cuyas familias poseen mutaciones en estos genes tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama. No todas las personas que heredan mutaciones en estos genes desarrollarán cáncer de mama ⁽⁶⁶⁾

Tabla 8. Distribución de mujeres según nivel de conocimientos global sobre Cáncer de Mama evaluado antes y después de la intervención. Ciego de Ávila. 2018.

Nivel de Conocimientos global	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	23,6	49	89,1
Inadecuado	42	76,4	6	10,9
Total	55	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 8 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos que poseían sobre Cáncer de mama de forma general según todos los aspectos evaluados en tablas anteriores, evaluados antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar las necesidades sentidas de la muestra en estos aspectos y a su vez como punto de comparación evaluativo, 13 (23,6%) de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre los diferentes aspectos relacionados con el cáncer de mama, mientras que 42 de ellos (76,4%) clasificaban con nivel de conocimientos inadecuados.

Luego pasado un tiempo de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, la cifra de participantes evaluados de nivel adecuado de conocimientos se elevó a 49 para un 89,1% del total y logrando de esta

forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

Los resultados obtenidos en esta investigación reafirman que sólo con un sistemático trabajo educativo y de control en la aplicación del autoexamen y examen clínico en nuestra población femenina de riesgo y supuestamente sana, podremos disminuir incidencia y la morbi-mortalidad por cáncer de mama, y los responsables de la seguridad y salud en el trabajo de cada entidad pueden potenciar este trabajo preventivo, que también constituye la piedra angular de la actividad de seguridad y salud en el trabajo. Los investigadores de este trabajo afirman que estos resultados constituyen una acción que da cumplimiento al objetivo de reducir para el año 2015 la tasa ajustada de mortalidad por cáncer en un 15%, definido en el Programa Integral de para el Control del Cáncer en Cuba y a los objetivos específicos del procedimiento para el control de cáncer de mamas.⁹

Es importante sensibilizar a los médicos, a todo el equipo de salud y a las autoridades pertinentes en la necesidad de divulgar información, teniendo un papel cardinal para fomentar conocimientos sobre factores de riesgo que influyen en el cáncer de mama y entrenar a su población femenina en la práctica del autoexamen mamario como diagnóstico precoz, que, como bien se sabe, el conocimiento y práctica de este se incrementa después de las sesiones de enseñanza y motivación por parte del personal calificado.

De lo antes expuesto, se encontró un número significativo de mujeres con necesidades de aprendizaje sobre factores de riesgo y la prevención del cáncer en general. El elevado número de casos de cáncer de mama hace que las investigaciones se centren en el estudio de los factores riesgo, elevar los conocimientos de los mismos, si los estilos de vidas no son modificados entonces estamos frente a un factor de riesgo agravante. Múltiples estudios

epidemiológicos muestran que la ingesta excesiva de grasas totales, ácidos grasos saturados y alcohol y la reducción en la ingesta de fibra dietética y antioxidantes, aumenta el riesgo de padecer cáncer. Por otro lado, la ingesta de ácidos grasos mono insaturado y de omega-3, reduce el riesgo de cáncer^{9, 10}.

El consumo de cigarrillos ha sido controvertido como factor de riesgo en la literatura científica con resultados contradictorios en relación con el cáncer de mama y el alcohol es uno de los factores dietéticos modificables que más fuertemente se ha relacionado con el riesgo de padecer este tipo de cáncer, el consumo de una a dos bebidas alcohólicas al día incrementa los niveles de estrógenos en mujeres pre menopáusicas y postmenopáusicas, siendo éste un mecanismo de riesgo, además, puede aumentar los niveles de estrógenos en mujeres pre menopáusicas y postmenopáusicas que ya han padecido un cáncer de mama y que están en tratamiento con hormonoterapia.

En el 2015 se realizó un estudio sobre la calidad de vida de mujeres con cáncer hacen referencia que la práctica diaria de ejercicio físico mediano o intenso disminuye un 30 % el riesgo de padecer este cáncer. Una caminata diaria a paso rápido es una forma fácil de hacer más ejercicio y mejorar la salud, en el estudio realizado los resultados alcanzados no son favorables las mujeres no práctica ejercicios y tampoco caminatas.⁹

Hasta no hace mucho, la atención al cáncer se centraba, sobre todo, en intervenciones altamente tecnológicas enfocadas a la enfermedad, con vistas a mejorar la supervivencia. Actualmente se pone un énfasis cada vez mayor en el abordaje preventivo, el diagnóstico precoz. En este nuevo enfoque, la atención primaria está llamada a desempeñar un papel crucial por su capacidad de proporcionar una atención integral, centrada en la persona. Estudios realizados por diferentes autores han demostrado ser efectivas sobre los estilos de vida (tabaquismo, alcohol, dieta, obesidad y sedentarismo) que desempeñan ~ un papel clave en el desarrollo del cáncer.¹⁰

En este caso los profesionales son como colaboradores que ofrecen a los pacientes información, pericia y apoyo para tomar las mejores decisiones del manejo de los estilos de vida. El contexto familiar tiene una gran importancia, debido a que la familia es un agente socializador de primer orden, es un agente de gran importancia en modular la presencia de factores de riesgo, dada la influencia que puede ejercer sobre el autocuidado.^{11, 12}

En estudio realizado sobre la práctica del autoexamen de mamas la mayoría de las mujeres estudiadas no conocen la forma adecuada de la realización de este procedimiento, lo que enfatiza la necesidad de potencializar acciones educativas. En opinión de la autora, en Cuba las muertes por cáncer de mama pueden disminuirse con cambios positivos en el estilo de vida de la mujer, si cada día implementamos acciones educativas enfocadas a este mal.¹³

En los últimos años se ha incrementado la incidencia del cáncer de mama en edades tempranas, lo cual es motivo de preocupación por el mal pronóstico que presentan, al ser tumores de mayor agresividad, mayor grado nuclear, indiferenciados y con receptores hormonales negativos, por lo que debemos dedicar una mayor atención a este grupo e incorporar nuevos protocolos de tratamientos con el objetivo de lograr un diagnóstico precoz y una mayor supervivencia.¹⁵

Las mujeres durante la investigación realizada no fueron capaces de identificar todos los factores de riesgo predisponentes a padecer el cáncer de mama, lo que nos orienta que existe un pobre nivel cognoscitivo sobre esta enfermedad; en el desconocimiento influyen diferentes causas como el nivel de escolaridad bajo, la poca disponibilidad de recursos económicos y hasta el poder que ejerce el sexo masculino en el hogar que, en ocasiones, la limita para acudir a realizar los exámenes de estos órganos por prejuicio propios de la sociedad.

Existen bibliografías donde se hace alusión a la importancia del conocimiento sobre los factores de riesgo que puedan predisponer a padecer dicha enfermedad, fundamentalmente los que pueden ser modificados; la comprensión de los factores de

riesgo identificados para el cáncer de mama hace transformar las conductas inadecuadas en saludables para una calidad de vida mayor, según refiere Salaverry O.³⁰

La mama puede ser examinada con facilidad por lo que su autoexamen en la mujer es importante en la detección de enfermedades de las glándulas mamarias; los resultados encontrados durante nuestra investigación no coinciden con la mayoría de los estudios revisados en la bibliografía, en Venezuela; estudios realizados indican que un alto porcentaje de mujeres manifiesta no sentirse molestas ante el hecho de examinarse las mamas (62 %) y además, saben que es necesario hacerlo al menos una vez al año, según la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación.¹⁶

Es primordial orientar a la mujer del momento apropiado para auto examinarse las mamas conociéndolas cada vez mejor y poder detectar tempranamente cualquier lesión que aparezca en ellas; según los criterios obtenidos por el autor García Rosado, en su estudio realizado en Madrid, España, coincide con los datos de nuestro trabajo, en el que las pacientes desconocen el momento apropiado para auto examinarse las mamas y que la prioridad con que lo realizan es ante la presencia de síntomas, sin tener en cuenta la frecuencia aconsejable después de la menstruación, pues en esta fase existe menos nodularidad; ¹⁹así mismo, encontramos en Londres, una investigación realizada entre las jóvenes estudiantes universitarias, en la cual se halló que 48,6% de las encuestadas desconocen las técnicas de autoexamen de mama y de 51,4% de las que conocen esta técnica, solo 37% la realiza en el momento adecuado.²⁰

El examen mamario es importante para el diagnóstico precoz del cáncer de mama, pero más de la mitad de las pacientes encuestadas reconocen que este examen solo sirve para prevenirlo y acuden a consulta solo cuando tienen síntomas referidos a sus mamas o nunca asisten; no se encontraron estudios que exploren estos aspectos, pero a criterio de los autores, el resultado ocurre en respuesta a la inequidad de la salud pública para todas las clases sociales, donde la pobreza y los niveles socioeconómicos bajos priman en esta población estudiada, lo que hacía prescindir de los servicios médicos privados y colapsarlos pocos servicios públicos existentes, dentro de estos se encuentran las consultas brindadas por la misión médica de Barrio Adentro I, que en sus inicios solo podía brindar asistencia médica primaria realizando el examen clínico para el diagnóstico precoz de la enfermedad, sin tener luego un respaldo del nivel secundario para corroborar este y llevar una terapéutica. Lamentablemente, muchas mujeres acudían a consulta médica en estadios avanzados de la enfermedad, dificultaban el tratamiento y empeoraban el pronóstico, además del pobre trabajo de pesquisa y el desconocimiento de la práctica del autoexamen de mama, así como los factores de riesgo asociados a esta patología, influyendo en el aumento de la mortalidad por cáncer de mamas. En Venezuela, no se encuentran diseñados Programas de Pesquisas en la población femenina, aparentemente sana, para diagnóstico precoz del cáncer de mama –enseñando el autoexamen, el examen médico de las mamas, y la mamografía-, que favorezca este tipo de población estudiada, que predomina a nivel nacional.²¹

El personal médico y de salud no ha tenido un papel importante en el suministro de información acerca del cáncer de mama, comportándose los vecinos o familiares como los rectores de esta actividad, lo que propicia que la forma de comunicarla información por parte de esta fuente no sea la más adecuada, y lleve consigo un conocimiento erróneo sobre el cáncer de mama. En otras investigaciones de países como España y Estados Unidos se demostró que los medios de difusión masiva, fundamentalmente la televisión, fueron los principales divulgadores conjuntamente con el personal de salud.²²

En Cuba, se han realizado varios estudios como son la exploración de los conocimientos sobre la detección precoz de la enfermedad en el 2009 y otro realizado por el Dr. Suárez Fernández y otros colaboradores que no concuerdan con los resultados encontrados, donde se aprecia que las mujeres encuestadas tienen conocimiento sobre cáncer de mama, algunos de sus factores de riesgo y que en la divulgación sobre el tema, el médico y personal de salud en general, junto con los medios masivos de comunicación son los responsables de que la información esté al alcance de la población, coincidiendo con las cifras encontradas en países desarrollados.²³

Es importante sensibilizar a los médicos, a todo el equipo de salud y a las autoridades pertinentes en la necesidad de divulgar información, teniendo un papel cardinal para fomentar conocimientos sobre factores de riesgo que influyen en el cáncer de mama y entrenar a su población femenina en la práctica del autoexamen mamario, que, como bien se sabe, el conocimiento y práctica de este se incrementa después de las sesiones de enseñanza y motivación por parte del personal calificado y los únicos recursos necesarios, son la palabra y la mano del Hombre.

CONCLUSIONES

Predominaron las mujeres entre 45 y 49 años, casadas y con nivel preuniversitario. El nivel de conocimientos inicial sobre factores de riesgo, diagnóstico precoz, autoexamen de mamas y repercusión familiar, era muy bajo en la población de estudio, siendo una clara necesidad sentida en ellas. Con la aplicación de la intervención se logró una modificación positiva y significativa de todas las temáticas mencionadas por lo que se consideró efectiva dicha intervención.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios más extensos con la implementación de estrategias de intervención educativa, para poder elevar la percepción del riesgo ante el cáncer de mama.
- Aplicar los resultados obtenidos en esta investigación, mediante plegables y otros medios de divulgación en las consultas de consejería de salud de cada institución médica, en la atención primaria y secundaria de salud.
- Continuar trabajando en el área de estudio para lograr que las mujeres que no participaron en la investigación identifiquen los factores de riesgo al cáncer de mama y evitar la morbimortalidad por dicha patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ricardo Ramírez J M, Rodríguez Rodríguez R D. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. MEDISAN [Internet]. 2016 Jul [cited 2018 Mar 25] ; 16(7): 1025-1032. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000700002&lng=es
2. Gómez Lloga Td, Franco de la Iglesia YA, Noa Garbey M, Illas Bornot Y, Frómata Ordúñez D. Incidencia de cáncer de mama en mujeres de la provincia Guantánamo en el período 2015-2016. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [citado 2018 Dic 20];97(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2125>
3. Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2015 Jun [citado 2018 Dic 20]; 31(2):134-142. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200003&lng=es
4. Ramos Águila YC, Marimón Torres ER, Crespo González C, Junco Sena B, Valiente Morejón W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Méd [en línea]. 2015 [citado 2018 Dic 20]; 19(4):619-629. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es
5. Vega Malagón G, Ávila Morales J, García Solís P, Camacho Calderón N, Becerril Santos A. La obesidad y su relación con el cáncer de mama en una población. European Sci J [en línea]. 2014 [citado 2018 Dic 20]; 10(3):132-140. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/2618/2479>
6. Godínez Martínez EY, Santillán Ballesteros R, Lemus Bravo AE, Sámano R, Tolentino Dolores M, Rodríguez Ventura AL, Juárez González AR. Determinación de la relación 2-hidroxiestróna/16a-hidroxiestróna en la orina de mujeres mexicanas como indicador de riesgo a cáncer de mama y su relación con otros factores de riesgo. Nutr Hosp [en línea]. 2015 [citado 2018 Dic 20];

31(2): 835-840. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30923349504>

7. Calzado Begué D, Torre Rosés MV de la, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. RIC [en línea]. 2014 [citado 2018 Dic 20]; 83(1):130-143. Disponible en:
<http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/994/2337>

8. Calzado Begué D, de la Torre Rosés M V, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. Revista Información Científica [revisión bibliográfica en Internet] 2014 [cited 2018 Mar 25]; 83(1) Disponible en:
http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_83_No.1/cancer_de_mama_rb.pdf

9. Rodríguez Flores O, Pérez Guerra L E, Mesa Coello L, Santos Martínez R, Fanjul Losada N, Leyva Méndez M. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. Acta Médica del Centro [revista en internet], 2014 [cited 2018 Mar 25] 7 (3. Disponible en:
http://www.actamedica.sld.cu/r3_13/mama.htm

10. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cáncer. Mortalidad y Morbilidad. Factográfico de Salud [Internet]. 2014 Oct [citado Día Mes Año];1(2):[aprox. 14p.]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/bmn/files/2014/10/factografico-de-salud-octubre-2014.pdf>

11. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cáncer de mama. Prevención . Bibliomed [Internet]. 2016May[citado Día Mes Año];23(5):[aprox. 12p.].Disponible en:
<http://files.sld.cu/bmn/files/2016/05/bibliomed-mayo-2016.p>

12. Carballo Fernández AF. Práctica del auto examen de mama por usuarias del sistema único de salud de Cearal. Rev Cubana Enf. 2006; 23(3):8-11.

13. González-Robledo M C, González-Robledo L M, Nigenda G. (2013). Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. Rev Panam Salud Publica, 33(3), 183-9

14. Martínez Camilo RV. Comportamiento del cáncer de mamas de las mujeres en el período climatérico. Rev Cubana Ginecol Obstet.2006; 32(3):5-43.

15. Autier P, Boniol M, La Vecchia C, Vatten L, Gavin A, Hery C, [et al]. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2010; 341: 3620
16. Baena A, Almonte M, Valencia M L, Martínez S, Quintero K, Sánchez G I. Tendencias e indicadores sociales de la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino: Antioquia, Colombia, 2000-2007. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2011 Dic [cited 2018 Mar 25] ; 53 (6): 486-492. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600004&lng=es.
17. Vela B, Corporale B. Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Rev Ciencia Enferm.* 2007; 13(2):33-40.
18. Ferlay J, Shin H R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cáncer* 2010; 127(12):2893-2917
19. Piñeiro Fernández J. ¿Debe el paciente conocer que tiene un cáncer? Nuestra experiencia en las pacientes con cáncer de mamas. *Rev Cubana Cir.* 2006; 43(3):6-34.
20. Bernardello Edgardo TL; Nunez de Pierro A. Cáncer de mama. *Rev. argent. cir.*, [revista en interne] Cap. Fed., 2015 [cited 2018 Mar 25]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2015000100002&lng=es&nrm=iso
21. Rodríguez Pérez A. Afecciones benignas de la mama. La Habana: Editorial Ciencias médicas, 2010.
22. Almaguer C, Muiño López MC. Valoración del conocimiento del autoexamen de mama en mujeres en edad reproductiva del Policlínico Bernardo Posse. *Rev haban cienc méd* [revista en la Internet]. 2014 Sep [cited 2018 Mar 25] ; 11(3): 361-368. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300006&lng=es.
23. Márquez Acosta G. Cáncer de mama. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2015 Jun [cited 2018 Mar 25] ; 26(2): 81-82. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372015000200001&lng=es

24. Iglesias Diaz J L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral* 2013; XVII(2): 88-93. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adol%20escente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>

25. Hernández D, Borges R, Márquez G, Betancourt L. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama: pacientes con cáncer patología benigna no patología. *Rev. venez. Oncol* [internet]; ene.-mar. 2010 [cited 2018 Mar 25];22(1):16-31. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Bernardello Edgardo T.L, Núñez De Pierro Aníbal. Cáncer de mama. *Rev. argent. cir.* [Internet]. 2016 Jun [cited 2018 Mar 25] ; 100: 6-18. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2016000100002&lng=es.

27. Pérez Reyes JE. Cáncer: trascendencia de un término. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 25];41(9):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/852>

28. Alby J C. Milagros de curación en la tradición médica tardo-antigua. *Teol. vida* [online]. 2015 [cited 2018 Mar 25], 56 (2): 219-238. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492015000200003&lng=es&nrm=iso

29. Navarro Brazález N, Sánchez Sánchez B. El vendaje en el tratamiento fisioterapéutico del linfedema secundario a cancer de mama: una serie de casos. *Fisioterapia* [en internet], January–February 2014 [cited 2018 Mar 25];36 (1): 49–53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563813000576>

30. Salaverry O. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2016 [cited 2018 Mar 25], 30 (1) : 137-141 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000100026&lng=es&nrm=iso
31. Aguilar Cordero M.^a J., González Jiménez E., Álvarez Ferre J., Padilla López C. A., Mur Villar N., García López P. A. et al . Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2015 Dic [cited 2018 Mar 25]; 25(6): 954-958. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000600010&lng=es.
32. Virella Trujillo María Elena, Salazar Matos Yodelaisi, Chávez Roque Mavel, Viñas Sifontes Leida Nilda, Peña Fuente Niurka. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. *AMC* [Internet]. 2014 Feb [cited 2018 Mar 25]; 14(1): .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000100003&lng=es.
33. Rodríguez Flores O, Pérez Guerra L E, Mesa Coello L, Santos Martínez R, Fanjul Losada N, Leyva Méndez M. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. *Acta Médica del Centro* [revista en internet], 2014 [cited 2018 Mar 25] 7 (3. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r3_13/mama.htm
34. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García Oscar A, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2016 Dic [cited 2018 Mar 25]; 53(6): 478-485. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000600003&lng=es.
35. González Ortega J M, Morales Wong M M, López Cuevas Z, Díaz Valdéz M. Factores pronósticos del cáncer de mama. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Mar 25]; 50(1): 130-138. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000100013&lng=es.

36. Hernández D, Borges R, Betancourt L. Cáncer de mama en mujeres jóvenes evaluación de los factores de riesgo. Rev. venez. oncol. [Internet]. 2015 Dic [cited 2018 Mar 25]; 22(4): 216-221. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822015000400002&lng=es.

37. Cuenca Rodríguez C, Despaigne Biset A E, Beltrán Mayeta Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". MEDISAN [Internet]. 2015 Sep [cited 2018 Mar 25]; 17(9): 4089-4095. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000900005&lng=es.

38. Sánchez Portela J R, Verga Tirado B. Breast cancer: Is it possible to prevent it?. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Mar 25]; 15(1): 14-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000100003&lng=es.

39. Barrios López Y, Pérez Rodríguez A, de los Reyes Ur J A, Suárez Palencia F, García González E. Hidden morbidity due to breast cancer at the health area "28 de Septiembre". MEDISAN [Internet]. 2010 Jul [cited 2018 Mar 25]; 14(5):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000500009&lng=es.

40. Dr. Heriberto Medina Franco, Avances en el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Vol. 33 Supl. 1 – 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

41. Nancy R. Daly. Guía de Cáncer de Mama. Conquer Cáncer Foundation de la American Society of Clinical Oncology. 2011. Disponible en: <http://www.cancer.net/espanol>.

42. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. National Institutes of Health. Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de seno. (Publicación de los NIH 10–1556s) Abril 2010. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/publications>

43. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de control de cáncer en Cuba. La Habana: Científico Técnica; 1990.

44. Espinosa Ramírez M. Cáncer de mama. RevMéd Sin [Internet]. 2018 [citado 18/10/2018];2(1):

812. Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/58/101/>

45. Oliva Anaya CA, Cantero Ronquillo HA, GarcíaSierra JC. Dieta, obesidad y sedentarismo comofactores de riesgo del cáncer de mama. Rev CubanaCir [Internet]. 2015 [citado 18/10/2018]; 54(3):274-284. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.c2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS003474932015000300010&h=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=0&ei=aYs8WuS7BYGBmAHCVqjoBA&scisig=ABfm1gf2bkgvdAvqKKR8deecLzGBDURQ&nossl=1&ws=1

46. Agüero Betancourt C, de la Paz Carmona A, Ferrer Herrera I, Abreu Viamontes C. Pesquisa de cáncer de mama. AMC [Internet]. 2015 [citado 18/10/2017];7(2):

179185. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS102502552003000200007&hl=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=1&ei=WEI3WsD1A8PSmAHu6r4A&scisig=AAGBfm0sjCcMGFgAXwTFBp3xpBwFzRI4nA&nossl=1&ws=1138x523

47. PAHO. [Internet]. Washington, D.C. EE.UU, 2015. Tumas N, Niclis C, Osella A, Díaz MP, Carbonetti A. Tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Córdoba, Argentina, 1986–2011: algunas interpretaciones socio históricas. [citado 18/10/2017];37(4/5):330–6. Disponible

en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Firis.paho.org

%2Fxmlui%2Fhandle%2F123456789%2F9547&hl=es&sa=T&ct=res&cd=0&ei=Goc8WvOdGNaTmgH6zbTYAg&scisig=AAGBfm1C8pWjGN83bNj5aTielCF2xQXjQ&nossl=1&ws=1138x523

48. Viera Hernández RV, Amaro Áreas E, Barro Blanco A, Rodríguez Hernández A, Pérez Pozo Caracterización del cáncer de mama. Isla de la Juventud. 2000-2010. REMIJ [Internet]. 2011 [citado 18/10/2017]; 12(2):74-87. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fwww.remij.sld.cu%2Findex.php%2Fremij%2Farticle%2Fview%2F17&hl=es&sa=T&ct=res&cd=0&ei=xkE3WsyNMoS3mAHS1JWYCQ&scisig=AAGBfm3KI3ilxRTfm3fUZ4uhgmBQs5fOow&nossl=1&ws=1138x523

49. Brito Sosa G, Pérez Braojos IM. Cirugía conservadora en el cáncer de mama. Rev Cub de Cirugía [Internet]. 2014 [citado 18 oct 2017]; 53(2):201-212. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fscielo.php%3Fpid%3DS003474932014000200011%26script%3Dsci_arttext%26tlng%3Dpt&hl=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=5&ei=oew1Wvb8HMWCmAGty5KYDQ&scisig=AAGBfm2QLkjiHlBa7nY6phSjfPBfQRHlw&nossl=1&ws=1138x523

50. Quiroz Quiroz COF. Perfil Epidemiológico de Cáncer de Mama Triple Negativo en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre Junio del 2012 a Junio del 2015 [Internet]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 18/10/2018]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/725/Quiroz_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y

51. Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, VelaVallespín C, Nuin Villanueva M, Bartolomé Moreno C, Melús Palazón E, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2016. Aten Primaria [Internet]. 201 [citado 18/10/2018]; 46(Supl 4):24-41 Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/>

1s2.0S0212656714700496?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0212656714700496%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F

52. Maffuz Aziza A, Labastida Almendaro S, Espejo Fonseca A, Rodríguez Cuevas S. Características clínico patológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. Cirugía y Cirujanos [Internet]. 2016 [citado 18/10/2018]; 7p Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_RodriguezCuevas/publication/308344622_Caracteristicas_clinicopatologicas_del_cancer_de_mama_en_una_poblacion_de_mujeres_en_Mexico/links/58371b7508ae3d91723bb993/Caracteristicas-clinicopatologicas-delcancer-de-mama-en-una-poblacion-de-mujeres-en-Mexico.pdf

53. Maffuz Aziza A, Labastida Almendaro S, Espejo Fonseca A, Rodríguez Cuevas S. Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. Cirugía y Cirujanos [Internet]. 2016 [citado 18/10/2018]; 7 p. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_RodriguezCuevas/publication/308344622_Caracteristicas_clinicopatologicas_del_cancer_de_mama_en_una_poblacion_de_mujeres_en_Mexico/links/58371b7508ae3d91723bb993/Caracteristicas-clinicopatologicas-delcancer-de-mama-en-una-poblacion-de-mujeres-en-Mexico.pdf

54. Rodríguez Flores O, Pérez Guerra LE, Mesa Coello L, Santos Martínez R, Fanjul Losada N, Leyva Méndez M. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. Act Méd Cen. [Internet]. 2013 [citado 18/10/2017]; 7(3):43-48. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fwww.revactaedicacentro.sld.cu%2Findex.php%2Famc%2Farticle%2Fview%2F7&hl=es&sa=T&ct=res&cd=0&ei=J5M8WsmfNMWCmAGty5KYDQ&scisig=AAGBfm38od7R4XJnwjeaPkmjkbOXpTaCMA&nossl=1&ws=1138x523

55. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: MINSAP [Internet]. 2018. [citado 18/10/2017] 27-83 p. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>

56. Fernández Pérez MD, Regueira Betancourt SM, Torres Fernández M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. Rev Elec Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2016 [citado 18/10/2018]; 41(11):1-10. Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/940/pdf_349

57. Rodríguez Pérez A. Afecciones mamarias. En : Rigol Santiesteban. Obstetricia y Ginecología. 3ra ed. Sánchez Ferrán T, editor. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 205-216.

58. Agudelo Botero M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. Salud colectiva. [Internet]. 2013 [citado 18/10/2017]; 9(1):79-90. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.ar%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS185182652013000100007&hl=es&sa=T&oi=gpg&ct=res&cd=0&ei=0Yc8WpMrMdaTmgH6zbTYAg&scisig=AAGBfm0JaArZDJlvROUV8vRk63NiKtzQzg&nossl=1&ws=1138x523

59. American cancer society (2017) "RIESGO Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE SENO"
citado el 07 julio 2018 disponible en https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-seno-queson-controversiales-o-que-han-sido-desmentidos.html#escrito_por

- 60-.Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, et al. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. *N Engl J Med*. 2007 Mar 29;356(13):1295-303. Epub 2007 Mar 28.
- 61-.Torres P, Guerra M, Galan Y, Garcia M. Incidencia y mortalidad por cancer.en la mujer Cubana. Trirnio 2000-2002. *Rev Cubana Med* 2007;46(2)
62. Roberto Álvarez Sintes. Cáncer de Mamas. En: Temas de MGI. Volumen II. Ed. Ciencias Medicas; 2009: 786 a 789.
63. Key TJ, Verkasato PK and Banks E. Epidemiology of breast cancer. *The Lancet Oncology* 2005; 2(3): 1-18.
64. Romero FMS, Santillán AL, Olvera,HPC, Morales SMA, Ramírez MVL. Frecuencia de factores de riesgoe cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(11):667-72.
65. Agüero Betancourt C, de la Paz Carmona A,Ferrer Herrera I, Abreu Viamontes C. Pesquisa decáncer de mama. *AMC [Internet]*. 2015 [citado 18/10/2017];7(2):179185.Disponible en:http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS102502552003000200007&hl=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=1&ei=WEl3WsD1A8PSmAHu6r4BA&scisig=AAGBfm0sjCcMGFgAXwTFBp3xpBwFzRI4nA&nossl=1&ws=1138x523
66. Cuenca Rodríguez C, Despaigne Biset AE,Beltrán Mayeta Y. Factores de riesgo de cáncer demama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano “José Martí”. *MEDISAN[Internet]*. 2013 [citado 22/10/ 2017]; 17(9):1-7.Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2013/mds139e.pdf>

67. Bell Santos H, Oduardo Pérez O. Autoexamen de mama en mujeres de la comunidad "19 de Abril" del municipio venezolano de Guanare. MEDISAN [Internet]. 2015 [citado 22/10/2017]; 19(2):186-191.

Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192015000200006&script=sci_arttext&lng=pt

68. Bell Santos H, Oduardo Pérez O. Autoexamen de mama en mujeres de la comunidad "19 de Abril" del municipio venezolano de Guanare. MEDISAN [en línea]. 2015 [citado 29 Sep 2017]; 19(2): 186-191. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000200006&lng=es.

69. Riquelme de Ataíde S N, Soares Arruda D, Rego de Jesus S. Conhecimento e prática do auto-exame das mamas por usuárias de Unidade de Saúde da Família. Enferm. glob. [en línea]. 2013 [citado 29 Sep 2017]; 12(29): 463-476. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000100024&lng=es

70. Yépez Ramírez D, De la Rosa A, Gabriela A, Guerrero Albarrán C, Gómez Martínez J M. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [en línea]. 2012 [citado 11 Mayo 2016]; 20 (2): 79-84. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122d.pdf>

71. Borges de la Oliva Y, Fernández Bustillo O, Martínez Ruiz T, Dinza Soarnaba T, Puig Delgado M, Toledo del Rey A. Conocimiento del autoexamen de mama en mujeres atendidas en el consultorio médico del Policlínico Ángel Machado. Revista Uruguaya de Enfermería [en línea]. 2015 [citado 12 Ene 2017]; 2(10): 87-95. Disponible en:

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/169/166>

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

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

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

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

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

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

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

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

CUESTIONARIO

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre cáncer de mamas. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

Edad: _____

Nivel de escolaridad:

_____ Primaria

_____ Secundaria

_____ Preuniversitario

_____ Técnico medio

_____ Universitario

Estado conyugal:

_____ Casada

_____ Soltera

_____ Acompañada

_____ Divorciada

**1. Pregunta sobre conocimiento general acerca del cáncer de mama:
Marque con una X la pregunta que considere correcta.**

- a) ___ El cáncer de mama es un proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose posteriormente hasta constituir el tumor.
- b) ___ Se le considera un tumor benigno de uno de los órganos glandulares del sistema reproductor femenino.

- c) Se le considera una enfermedad infectocontagiosa frecuente en el sexo femenino.
- d) Se le considera una enfermedad resultante del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio.
- e) Es un resfriado común, catarro, resfrío o romadizo que es una enfermedad infecciosa viral leve del sistema respiratorio superior que afecta a personas de todas las edades.

2. Señale con una x cuales de las siguientes opciones se consideran factores de riesgo del cáncer de mama.

- a) El cáncer de mamas es hereditario.
- b) La práctica infrecuente de sexo propicia la aparición del cáncer de mamas.
- c) Los hábitos tóxicos como fumar es un factor que propicia el cáncer de mamas.
- d) Las mujeres de mayor edad están expuestas al cáncer de mamas.
- e) Dar de lactar al niño es beneficioso para no debutar con cáncer de mamas.
- f) El uso excesivo de hormonas propicia la aparición del cáncer de mamas.
- g) No sé.

3. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mamas.

- a) Se evita desde edades tempranas cualquier incidencia de esta enfermedad
- b) Permite conocer en edades tempranas cualquier enfermedad de las mamas
- c) Evita la muerte temprana
- d) El cáncer de mama es curable si se detecta tempranamente

e) ___ No sé

4. Señale con una x cuales de las siguientes opciones se consideran correctas sobre el autoexamen de mamas.

a) ___ El autoexamen de mamas es una prueba de detección precoz de cáncer de mamas.

b) ___ Con la palpación se puede detectar fácilmente la presencia de masas o tumoraciones.

c) ___ La palpación de la mama puede ser de pie, sentada o acostada.

d) ___ Se debe realizar de 7 a 10 días después de la menstruación.

e) ___ Se debe realizar sistemáticamente una vez por mes.

f) ___ No sé.

5. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre repercusión familiar del cáncer de mamas.

a) ___ Representa un impacto social de elevada incidencia nacional.

b) ___ Representa un alto impacto psicológico para aquellas personas que la padecen.

c) ___ Crea estrés y estados de depresión no solo para el que la padece sino para la familia.

d) ___ Representa un impacto económico desfavorable para aquellas familias con algún familiar enfermo.

e) ___ No sé.

ANEXO III

Validación según cuestionario

Escala evaluación del nivel de conocimientos por temas.

Pregunta 1: Sobre el Cáncer de mama. Marque con una x

Adecuado: si marca el acápite (a,).

Inadecuado: si no marca el acápite correcto (b,c,d,e,).

Pregunta 2: ¿Cuál de las siguientes opciones se consideran factores de riesgo del cáncer de mama?

Adecuado: si marca el acápite (a,c,d,e,f).

Inadecuado: si marca cualquiera de los otros acápite

Pregunta 3: ¿Responda verdadero (v) o falso (f) sobre la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mamas?

Adecuado: si marca el acápite (b,c,d)

Inadecuado: si marca otro acápite

Pregunta 4: ¿Cuál de las siguientes opciones se consideran correctas sobre el autoexamen de mamas?

Adecuado: si marca el acápite (a,b,c,d,e)

Inadecuado: si marca otro acápite

Pregunta 5 ¿Responda verdadero (v) o falso (f) sobre repercusión familiar del cáncer de mamas?

Adecuado: si marca el acápite(b,c,d,)

Inadecuado: si marca otros acápite.

Nivel de conocimiento global adecuado: si responde de 12 a 17 incisos adecuados.

Nivel de conocimiento global inadecuado: si responde 10 incisos inadecuadamente.

Anexo IV

Intervención educativa

Título: Conociendo sobre el cáncer de mama

Objetivos General: Elevar el nivel de conocimiento de las participantes sobre el impacto del cáncer de mamas por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en la población femenina.

Específicos:

- Definir el concepto de cáncer de mama.
- Explicar los factores de riesgos entre la población femenina.
- Describir la técnica del auto examen de mama.
- Describir el impacto y consecuencias del cáncer de mamas en la familia.

Dirigido a: Las mujeres en edad fértil del consultorio no 2 del Policlínico de Ceballos de la provincia de Ciego de Ávila, la cual se estima en.

Lugar: Aula del policlínico De Ceballos diseñada para la actividad.

Profesora: Dra. Noreysi Campanioni Tamayo. Residente de primer año de Medicina General Integral.

El curso consta de:

- 6 conferencias de 45 min de duración cada una para un total de 3 horas.

Se realizará con una frecuencia semanal.

Contenidos a impartir por temas.

Sección No.1

Fecha: Enero del 2019

Hora: 1:30 pm

Lugar: Local policlínico de Ceballos.

Tema: Introducción.

Objetivos:

1. Presentar a las participantes y crear relaciones afectivas entre las mismas.
2. Presentar la intervención y sus objetivos.
3. Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas

Tiempo: 45 min

Método de enseñanza: Taller

Medios: Humanos, cono de hilo.

Actividades:

Introducción: Se realizó por parte de la autora la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: "La Telaraña", esta consistió en: el autor tomó un cono de hilo, se presentó y explico que al lanzárselo a cualquier participante la misma debía presentarse diciendo su nombre y apellidos y utilizando un sobre nombre que ella escogiera, con el cual se le llamaría en toda la intervención y luego lanzarlo a otra y así sucesivamente hasta que todas se hubieran presentado.

Actividad Principal: Luego de la presentación se abordaron los temas relacionados con la investigación, se tuvieron en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre: Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo sería el próximo encuentro.

Sección. No.2

Fecha: Enero del 2019

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico de Ceballos

Tema 1: Introducción sobre el cáncer de mama.

Objetivos:

1. Definir el concepto.
2. Mostrar aspectos del cáncer de mama

Tiempo: 45 min

Métodos de enseñanza: Taller

Medios: Humanos, Pancarta de cartulina, Bolo, Pelota y Material de Oficina.

Actividades:

Introducción: Para comenzar la sesión se aplicó la técnica de participación “Mar adentro y mar afuera”, donde se ubicaron a las participantes en una fila y de este modo se logró un estado de ánimo relajado.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expuso la definición de cáncer de mama. Posteriormente se pasó a los comentarios y las participantes presentaron sus dudas, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: Se aplicó la técnica: “La Mecha y la Bomba”, que consistió en situar a las participantes en un círculo. Se pasaron de mano en mano una pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de alguna participante “explotaban” lo cual determinaba que se realizaran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro.

Sección No. 3

Fecha: Enero del 2019

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico De Ceballos.

Tema 2: Factores de riesgos entre la población femenina asociados al cáncer de mama.

Objetivo:

1. Explicar los factores de riesgos e identificar los más frecuentes.

Tiempo: 45 min

Métodos de enseñanza: Taller, Conferencia.

Medios: Humanos, Pizarra y Tizas.

Introducción: Esta sección se inició con la técnica participativa “El Amigo Secreto”, Donde cada integrante, después de haber seleccionado una compañera desde una serie de papelitos ubicados en una caja, le realizaría una pregunta relacionada con el tema anterior y así sucesivamente todas podrían preguntar y responder.

Actividad Principal: Se continuó con la técnica participativa “Yo quiero decir”, donde cada participante debía dar su criterio, pero siempre ubicando delante la expresión mencionada, sobre lo que consideraban ellas como factores de riesgo y posteriormente se pasó a la exposición de cada uno de ellos.

Cierre: Se aplicó la técnica “Temores y esperanza” que consiste en que cada una de las pacientes expusiera sus temores y esperanzas sobre el tema tratado, lo cual va seguido de un resumen de aquellos que se consideren los principales factores que fueron debatidos.

Sección No 4

Fecha: Enero del 2019

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico Ceballos.

Tema 3: Técnica del auto examen de mama, su importancia.

Objetivo:

1. Educar sobre la técnica adecuada del auto examen de mama.
2. Explicar en qué consiste el método detección precoz del cáncer de mamas a través del autoexamen de mamas.

Tiempo: 45 min

Método de enseñanza: Clase práctica

Medios: Humanos, Preservativos, Grabadora, Pizarra, Tizas y Material Laptop, Maqueta.

Actividades:

Introducción: Para lograr la motivación en este encuentro, se le pidió a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisiera relatar una fábula, un cuento, un poema o poesía.

Actividad principal: Esta actividad se comenzó con la proyección de un video sobre la técnica de auto examen de mamas. Posteriormente y auxiliándose de una muñeca de trapo a escala del torso de una persona, se les solicitó a las participantes que realizaran la técnica del auto examen. Luego la autora de la presente ejecutó la técnica.

Cierre: Se aplicó la técnica “La Papa Caliente”, se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado, el cual contenía en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se circuló al ritmo de la música. Al detenerse el sonido el preservativo debía explotarse, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no era la correcta se corregía en el grupo y se entregaba otro preservativo a otra participante, prolongándose el juego hasta que se terminaron las preguntas.

Sección No. 5

Fecha: Febrero del 2019

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico Ceballos.

Tema 4: Todo sobre el cáncer de mamas. Repercusión en la familia

Objetivos:

1. Describir el impacto socio-económico que representa la enfermedad.
2. Hacer un resumen de todas las sesiones.

Tiempo: 45 min

Método de enseñanza: Taller

Medios: Humanos, computadora portátil.

Actividades:

Introducción: Para lograr la motivación en este encuentro se realizó la técnica “Hagan lo que yo digo y no lo que yo hago”, logrando crear un clima agradable y relajado en todas las participantes.

Actividad principal: Sentadas en círculo, el autor del estudio comenzó haciendo un recuento de todo lo que habían visto hasta ese entonces, luego comenzó el

debate y las participantes debían participar exponiendo lo que habían aprendido hasta ese momento. Se generó el debate donde se cumplimentaron cada una de las ideas expuestas, siempre respetando el criterio de quien la hubiera expuesto.

Finalmente se explicó el impacto psicológico y socio-económico que representa la enfermedad en cuestión para la sociedad y la familia.

Cierre: Se realizó una actividad cultural que había sido preparada en sesiones anteriores. Se les indicó que pasadas 8 semanas debían reunirse nuevamente. Además, se les orientó que para el último encuentro todas debían traer un pequeño presente.

Sesión No 6: Cierre.

Fecha: Febrero del 2019

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico Ceballos.

Objetivo: Aplicación de la encuesta final.

Tiempo: 2 horas

Método de Enseñanza: Taller

Medios: Humanos.

Actividades:

Introducción: Se aplicó la técnica de animación de “La Rifa Afectiva”, que consistió en reunir una bolsa con pequeños papeles enumerados coincidiendo con el número de participantes, los mismos serían tomados lo que determinaba que el autor le ofreciera un premio afectivo que contenía en una lista: un poema, una frase vigorizante, una flor, una canción, un beso, o un aplauso.

Actividad Fundamental: Se aplicó nuevamente la encuesta donde se les indicó a las pacientes que no pusieran su nombre sino el sobrenombre que las identificó inicialmente.

Cierre: Se realizó la técnica de animación, “El regalo y Utilidad”, donde las participantes sentadas en forma de círculo y comenzando de derecha a izquierda, debía dar un regalo a cada compañera sin que la que estuviera al lado supiera cual era, después se mencionaba de izquierda a derecha una utilidad cualquiera y al final cada una decía qué se le regalo y para qué lo

utilizaría. Luego cada una opinaría sobre los aspectos positivos y negativos que le ofreció esta Intervención Educativa.

Anexo V. Plegable sobre cáncer de mama.

¿Qué es el Cáncer de Mama?

El cáncer de mama
Es el crecimiento anormal de células malignas en el tejido mamario, existen dos tipos principales:

El carcinoma ductal
Este comienza en los tubos (conductos) que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.

El carcinoma lobulillar
Se desarrolla en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.
En raras ocasiones, el cáncer de mama puede comenzar en otras áreas de la mama.

CAUSAS
 En el curso de toda la vida, a una de cada ocho mujeres se le diagnosticará cáncer de mama.

Los factores de riesgo que no se pueden cambiar abarcan:

EDAD Y SEXO
El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que usted envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años.



Los hombres también pueden padecer cáncer de mama, pero tienen **100 veces menos** probabilidades que las mujeres de sufrir este tipo de cáncer.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA
Usted también tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, ovárico o de colon.

GENES
 Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que lo protegen a usted del cáncer.
Si uno de los padres le transmite un gen defectuoso, tendrá un mayor riesgo de presentar cáncer de mama.
Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida.

CICLO MENSTRUAL
Las mujeres que iniciaron tempranamente sus periodos menstruales (antes de los 12 años) o llegaron a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama.

Otros factores de riesgo abarcan:

CONSUMO DE ALCOHOL



El consumo de más de 1 o 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama.

PARTO

Las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron recién después de los 30 años tienen un mayor riesgo de presentar cáncer de mama.



Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer.

DIETILESTIBESTROL (DES)

Las mujeres que tomaron dietilestilbestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama después de los 40 años.



Esta droga se le suministraba a las mujeres entre los años 1940 y 1960.

HORMONOTERAPIA

Usted tiene mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido hormonoterapia con estrógenos durante algunos años o más.

OBESIDAD



La obesidad a estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo no se ha comprendido por completo.

Los expertos piensan que las mujeres obesas producen más estrógenos, lo cual puede estimular la aparición de este cáncer.

RADIACIÓN



Si recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, tiene un riesgo muy alto de padecer cáncer de mama.

Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación y más alta la dosis, mayor será el riesgo.

Esto es especialmente cierto si la radioterapia se administró durante el desarrollo de las mamas.

