

UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS MÉDICAS “DR RAUL DORTICÒS TORRADO”
Policlínico Universitario de Cruces “Manuel Piti Fajardo”



TÍTULO: *“Intervención Psicoeducativa en mujeres acerca del autoexamen de mama. Consultorio 24. Cruces. 2019-2021”*

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.

Autora: Annerys López Capote*

Tutor: María Del Carmen Corugedo Rodríguez**

Asesor: Neylín Caballero Aja***

* Médico General Integral. Residente de tercer año de la especialidad MGI.

** Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesor asistente. Investigador agregado.

***Licenciada en Enfermería. Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria. Máster en Psicología de la Salud.

Cruces. 2021

RESUMEN

Fundamentación: El autoexamen de mama constituye el primer método a utilizar en la prevención del cáncer mamario; practicarse este examen estará mediado por las creencias en relación al mismo. **Objetivo:** Implementar una intervención psicoeducativa en mujeres mayores de 25 años con factores de riesgo en el CMF 24 del municipio Cruces. **Universo:** mujeres mayores de 25 años según criterios de inclusión establecidos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de intervención. Para recoger los datos se revisaron las Historias de Salud Familiar e Historias Clínicas Individuales de estas mujeres y se aplicó una guía de entrevista semiestructurada validada en investigación anterior para obtener información sobre los conocimientos y creencias sobre el autoexamen de mamas. Se analizaron las variables: edad, nivel educacional, menarquía, edad de la primera paridad, lactancia materna, uso de anticonceptivos orales menopausia, antecedentes personales y familiares de enfermedades mamarias, conocimiento y frecuencia de la práctica del autoexamen de mama, la susceptibilidad y severidad percibida, beneficios y barreras, autoeficacia y señales para la acción del autoexamen de mama. Basándose en estas variables se aplicó y evaluó una intervención psicoeducativa, mediante encuentros. Los resultados se muestran en tablas. Se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. La Intervención Psicoeducativa aplicada demostró ser válida y exitosa, a medida que modificó favorablemente los conocimientos en las féminas mayores de 25 años sobre el autoexamen mamario, además provocó un intercambio de conocimientos afectivo entre todas las participantes.

Palabras clave: autoexamen de mama, cáncer de mama

ÍNDICE

Introducción:	Error! Bookmark not defined.
Justificación de la investigación	3
Problema Científico:	4
Objetivos.....	5
Marco Teórico:	6
El cáncer de mama	6
Modelo de Creencias en Salud	13
Las intervenciones psicoeducativas en salud.	20
Diseño Metodológico:	27
Tipo de estudio.....	27
Universo.....	28
Métodos de la investigación.	28
Programa Educativo.....	31
Operacionalización de variables.	32
Consideraciones Éticas.	38
Análisis de los Resultados.	39
Discusión de los Resultados	50
Conclusiones.	57
Recomendaciones	58
Referencias Bibliográficas	59
Anexos	

INTRODUCCION

El conocimiento del cáncer de mama se remonta a las épocas más antiguas, los primeros datos acerca de este tema fueron hallados en los años 2500 a 3000 a.n.e en el llamado, Papiro quirúrgico de Edwin Smith, donde aparecen datos de 8 tumores mamarios tratados mediante cauterio. Es interesante destacar que el primer tumor de mama de que se tiene referencia es en un hombre^(1,2)

La mama le fue dotada por la naturaleza a la mujer con el fin de amamantar a la prole. Al igual que en otros muchos mamíferos, es asiento de enfermedades tanto benignas como malignas. ⁽³⁾ La mama femenina tiene un mayor volumen que la mama masculina y por ello tiene mayor predisposición a las diferentes enfermedades tanto benignas como malignas, agudas o crónicas.

El cáncer mamario femenino ocupa el primer lugar en incidencia y el segundo lugar en mortalidad entre los tumores malignos que afectan a la mujer, tanto en Cuba como en los países altamente desarrollados o en vías de desarrollo. ^(4, 5,6) El cáncer de mama se caracteriza por el crecimiento de células malignas en los tejidos de la mama. Una célula cancerosa de mama se duplica cada 100 a 300 días. Para que una tumoración sea palpable se requiere un período de duplicación celular preclínica de 8 a 10 años. La incidencia de cáncer de mama es 14,6 casos por cada 100 mil mujeres. ⁽⁷⁾ Cada año, la estadística mundial señala más de un millón de casos nuevos, establece una prioridad en salud en cuanto a esta epidemia que es la principal causa de muerte y discapacidad entre las mujeres. 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. ⁽⁸⁾ Su incidencia está en aumento sobre todo en los países desarrollados y en vías de desarrollo entre los que se encuentra Cuba; y a pesar de los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento sistémico, la tasa de mortalidad ha ido en aumento en los últimos años. ⁽⁸⁾

En la actualidad el cáncer de mama es un enorme problema de salud, esto se ve reflejado en el hecho de que en Europa como en América se ha observado un aumento de su incidencia en las últimas dos décadas, así como una estabilidad de los índices de mortalidad. Representa el 31% de todos los tumores malignos que afectan al sexo femenino. ^(9,10) Se estima que anualmente se diagnostican más de 10 millones de cánceres en el mundo y de 6 millones fallecieron por esta causa. ⁽¹⁰⁾ En el continente americano las

más altas tasas de incidencia se localizan en EEUU con 93,9 por 100,000 mujeres; de valor intermedio en Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia y de incidencia baja en Perú, Costa Rica y Ecuador. ⁽¹¹⁾

Con base en un análisis estadístico del año más reciente para el cual existen datos en cada país, los autores señalan que son cinco los países donde la mortalidad anual por cáncer de mama es mayor: Uruguay (46.4x10, 000), Trinidad y Tobago 37.2, Canadá 35.1, Argentina 35.2 y EEUU con 34.9 x 10,000. ⁽¹¹⁾

De hecho, Cuba presenta indicadores de salud similares a las naciones desarrolladas, siendo las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos las principales causas de muerte. ^(12, 13,14) Más de 2 200 nuevos casos de cáncer de mama se diagnostican anualmente en Cuba y se estima que 1 de cada 14 mujeres podrá desarrollar la enfermedad. La mayor incidencia se produce en mujeres entre 45 y 65 años y el cáncer de mama es la segunda causa principal de muerte en las mujeres entre 15 y 49 años y en mayores de 60 años. ⁽¹⁴⁾

En Cuba es el cáncer de mama la segunda causa de muerte por tumores malignos en el sexo femenino con un total de 1544 casos nuevos diagnosticados en el 2015 con una tasa de 27,4. ^(15,16) En el sexo masculino ocupa la posición 18 entre las localizaciones de tumores malignos con una tasa de 0,2 por cada 100 000 habitantes en el año 2015. ^(17,18)

La situación epidemiológica en la provincia de Cienfuegos coincide con la nacional, detectándose en el 2016 una tasa de incidencia de 34,3 por 100,000 mujeres inferior a la del quinquenio anterior que fue de 39,8 incidencia más alta: 39,8. En cuanto a la mortalidad esta se mantiene estable en el último quinquenio, con una tasa de 12,7 en el año 2011. ^(19, 20,21)

En el año 1988 se estableció el Programa Nacional de Detección Precoz de esta enfermedad con dos grandes subprogramas: el de diagnóstico precoz pre clínico mediante el pesquiasaje masivo a la población sana de alto y mediano riesgo utilizando la mamografía y el subprograma de diagnóstico precoz clínico basado en el autoexamen mamario y el examen físico de las mamas. ^(22,23)

Los aportes que la Psicología como ciencia puede realizar al ámbito de la salud son abundantes, por lo que se han desarrollado algunos modelos que pretenden explicar por qué las personas asumen conductas predisponentes a la salud o a la enfermedad. Entre estos modelos está el de Creencias en Salud (MCS), que estudia la influencia de las

creencias en las conductas de salud y cómo se relacionan con la ejecución de dichas conductas. Las creencias, al igual que otros elementos de la cultura, se desarrollan por medio de complejos procesos mediante los cuales, el conocimiento puede ser construido y modificado bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias de las personas. (24,25)

El MCS intenta describir y predecir la posibilidad de la adquisición y realización de los comportamientos relacionados con la salud en términos de ciertos patrones de creencias, tanto en lo relacionado con conductas preventivas como con conductas no saludables o de riesgo. Existen antecedentes de estudios internacionales y nacionales que abordan el tema de las creencias o conocimientos en relación a la realización del autoexamen de mama, unos sobre la base de MCS y otros tomando algunas de sus dimensiones, pero no con mujeres con factores de riesgo presentes de padecer de cáncer mamario siendo estas precisamente las más vulnerables de desarrollar esta terrible enfermedad. (25)

Hasta el momento no se han abordado a profundidad las creencias por las cuales las mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama no se realizan el autoexamen mamario, y por tanto se carece de programas de intervención que permitan modificar esta situación de forma positiva. (24,25)

Justificación del problema.

En relación con el cáncer de mama, es importante señalar que su diagnóstico puede realizarse en etapas iniciales de la enfermedad mediante la realización del autoexamen mamario, permitiendo que se asuman conductas de salud en función de un tratamiento oportuno lo cual supone una mejoría en la salud de las pacientes. En este sentido el Sistema Nacional de Salud Pública cuenta con la fortaleza de tener implementado el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de mama, con el cual se ha logrado detectar un número mayor de los casos nuevos diagnosticados en estadíos tempranos de la enfermedad, esto permite el tratamiento menos invasivo y eleva los índices de supervivencia con mejor calidad de vida de la mujer afectada ,de ahí la importancia de realizar el autoexamen mamario; sin embargo la experiencia demuestra que existen mujeres que a pesar de presentar factores de riesgo de desarrollar esta enfermedad no se realizan este proceder, en un estudio realizado de 1185 mujeres en la provincia de Cienfuegos, pudo determinarse que solo un 10% de las mismas conocían y aplicaban de forma adecuada el autoexamen mamario. (26)

De todo lo anteriormente planteado se infiere que existe una contradicción evidente, entre la existencia de un programa nacional que establece estrategias, actuaciones y acciones, pero que a la luz de los resultados actuales, resultan insuficientes, fragmentadas y no personalizadas, por lo que se precisa de propuestas científicamente documentadas que se integren al programa actual mediante acciones psicoeducativas sustentadas en modelos, que integren técnicas psicológicas y educativas dirigidas a mejorar integralmente los aspectos cognitivos, motivacionales y comportamentales según las creencias en relación con el autoexamen de mama.

En el municipio de Cruces existe un estudio basado en mejorar los aspectos cognitivos, motivacionales y comportamentales según las creencias en relación con el autoexamen de mama donde se precisaron dichas particularidades psicológicas y se elaboró una intervención.

La investigación se dirige a dar respuesta a la siguiente **pregunta de investigación:**

¿Cómo implementar una estrategia de intervención en relación con el autoexamen de mama en mujeres con más de 3 factores de riesgo de cáncer mamario del Consultorio 24 del municipio Cruces?

Aporte práctico :Se aplica una intervención psicoeducativa en mujeres mayores de 25 años, con más de tres factores de riesgo de padecer cáncer de mamas, diseñada y validada en investigación anterior por un criterio de expertos, sustentada en el modelo de creencias en salud y el enfoque histórico cultural.

Novedad científica: Se integran los elementos cognitivos, afectivos motivacionales y comportamentales desde una perspectiva vivencial para caracterizar a estas mujeres e implementar la estrategia sobre autoexamen de mamas según el modelo de creencias en salud la cual fue validada por criterio de expertos en una investigación precedente como salida a una tesis de maestría.

Objetivo general:

Implementar una intervención psicoeducativa en mujeres de más de 25 años con más de 3 factores de riesgo de cáncer mamario para la realización del autoexamen de mama en el Consultorio 24 del municipio Cruces. 2019-2021.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar las mujeres según factores de riesgo de cáncer mamario presentes.
2. Precisar los conocimientos y creencias sobre el autoexamen de mama de estas mujeres.
3. Aplicar una intervención psicoeducativa sobre aspectos cognitivos, motivacionales, afectivos y comportamentales relacionados con el autoexamen de mama en estas mujeres.
4. Evaluar la intervención psicoeducativa aplicada estrategia.

Marco teórico

El cáncer de mama.

El ser humano pertenece a la clase de los mamíferos, los cuales constituyen un éxito evolutivo al poder alimentar a un recién nacido con su propio cuerpo; esto se hace por medio de las mamas, órganos productores de la leche, un alimento rico y suficiente para crecer de forma saludable. Las mamas, desde la antigüedad, han sido motivación para el arte; siempre como símbolos de feminidad y de fertilidad.

Las mamas pueden ser asiento de enfermedades de diversa naturaleza, actualmente se acepta la siguiente clasificación de las mismas:⁽²⁷⁾

- Congénitas
- Inflamatorias
- Funcionales.
- Tumores benignos
- Tumores malignos.

Enfermedades congénitas: Entre estas se encuentran la amastia, la politelia, la polimastia o mama supernumeraria y el tejido mamario aberrante. ^(28, 29, 30, 31,32)

Enfermedades inflamatorias de las mamas: Representan la respuesta local de las estructuras mamarias frente a la agresión motivada por causas microbianas, químicas, físicas y hormonales. De acuerdo a su presentación clínica se clasifican en agudas y crónicas. ⁽³³⁾

Enfermedades funcionales: Están representadas por la mastopatía fibroquística que es la enfermedad más frecuente de las glándulas mamarias. ⁽³⁴⁾.

Enfermedades tumorales benignas: Las más frecuentes entre estas son: el fibroadenoma, el papiloma intracanalicular, el tumor phyllodes benigno, el hamartoma y los tumores mesenquimales puros como son el lipoma, el histiocitoma, el angioma y el tumor de células granulares. ^(33, 34, 35,36)

Enfermedades tumorales malignas :Entre estas tenemos en primer lugar el carcinoma mamario que representa el 99% de las mismas, así como el sarcoma y las llamadas formas especiales que son: el cáncer de mama masculino, el cáncer de mama en el embarazo, la enfermedad de Paget, y el linfoma primitivo de la mama.^(37, 38, 39, 40, 41,42)

Cáncer de mama. Antecedentes históricos.

La descripción más antigua de cáncer proviene de Egipto y es del año 1600 AC, aproximadamente. El papiro de Edwin Smith (1862) describe ocho casos de tumores o de úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada horquilla de fuego; el escrito dice sobre la enfermedad que “no existe tratamiento”. En los siglos siguientes se describieron casos similares pero todos tuvieron la misma conclusión; ya en el siglo XVII la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio y se lograron algunos avances y se pudo determinar la relación existente entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. Jean Luis Petit y Benjamín Bell fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales; posteriormente Halsted creó la técnica conocida como “mastectomía radical de Halsted”, que fue popular hasta los últimos años de la década de los setenta. Es interesante destacar que el primer tumor de mama de que se tiene referencia es en un hombre. ⁽⁴³⁾

Factores de riesgo del cáncer de mama.

Los principales factores de riesgo de contraer un cáncer mamario son:

1-El sexo: las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir un cáncer de mama que los hombres.

2-Edad: por encima de los 50 años, con un pico después de los 55 años.

3-Factores genéticos:

-Hereditarios: fundamentalmente por línea materna

Mutaciones genéticas: fundamentalmente en los genes BRCA1 Y BRCA

Mutación del P53

Recientemente se ha encontrado un gen llamado BARD1, que combinado con el BRCA2, incrementa en un 80% el riesgo de cáncer de mama. ⁽⁴⁴⁾

4-Antecedente patológicos personales:

De cáncer en la mama o en otra localización

De enfermedades mamarias benignas o pre malignas previas.

- 5 Factores endocrinos endógenos

-Menarquía precoz: antes de los 12 años

- Menopausia tardía: después de los 50 años

- Nuliparidad

- Primer parto después de los 35 años

- Tipo corporal obeso: la teoría es que las mujeres obesas producen más estrógenos.

- Hiperlipemias

6- Factores endocrinos exógenos.

- Tratamiento sustitutivo posmenopáusico con estrógenos.

- Anticonceptivos hormonales de alto contenido estrogénico.

7-Factores ambientales

- Dieta rica en grasa animal y pobre en fibra vegetal.

- Hábito de fumar y consumo de alcohol

- No lactancia materna.

- Estrés.

- Consumo prolongado de medicamentos antidepresivo, antihipertensivos como la Reserpina y el Diazepam.

- Radiaciones ionizantes. ⁽⁴⁵⁾

8-Otros: se ha sugerido que la polución ambiental, los productos químicos de los desodorantes, los sostenes tipo aro con varillas y los implantes de mama aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama. ⁽⁴⁶⁾

-También se invoca el consumo de carne roja en la edad adulta. ^(47, 48, 49, 50, 51,52)

Diagnóstico de cáncer de mama :se basa en el interrogatorio, el examen físico y los exámenes paraclínicos entre los que se encuentran: el ultrasonido, la mamografía convencional y digitalizada, la resonancia magnética, la termografía, la xerografía y las biopsias en sus distintas modalidades: biopsia por aspiración con aguja fina, biopsia por aspiración con aguja gruesa y biopsia mediante congelación o parafina. ^(53,54)

En el interrogatorio deben recogerse fundamentalmente, aquellos datos relacionados con los factores de riesgo antes mencionados.

El examen físico comprende, tanto el general como el específico de las mamas; este último debe realizarse de ambas mamas y con la paciente sentada y en decúbito supino, buscando especialmente la localización y características clínicas del tumor, así como la presencia de ganglios axilares y supraclaviculares, detallando sus rasgos clínicos.

Los exámenes complementarios utilizados para corroborar el diagnóstico se clasifican en: de laboratorio, imaginológicos, radiológicos, anatomopatológicos y especiales. ^(55,56, 57)

Cáncer de mama, tratamiento: existen actualmente tres tipos de tratamiento para el cáncer de mama: el preventivo, el curativo y el paliativo. ^(58, 59,60)

El tratamiento preventivo va desde el control de los factores de riesgo, hasta las mastectomías profilácticas solicitadas por pacientes catalogadas como de alto riesgo. ^(61,62,63) El tratamiento curativo se basa en los tres pilares fundamentales que son: el tratamiento quirúrgico del tumor, el tratamiento quirúrgico de la axila y la terapéutica adyuvante representada por poliquimioterapia de primera, segunda y tercera línea, así como la radioterapia y la hormonoterapia. ^(64, 65,66)

A este arsenal se unen actualmente las vacunas y anticuerpos monoclonales aún en ensayos clínicos.

El tratamiento paliativo consiste fundamentalmente en medidas de sostén, alivio de los síntomas y apoyo psicológico con el propósito de lograr mejoría y dignidad en el afrontamiento de las últimas fases de la enfermedad. ^(67,68)

Síntomas y signos del cáncer de mama

Las masas malignas de mama se caracterizan por ser: únicas, de consistencia pétreas, poco móviles e indoloras.

En etapas tempranas el cáncer de mama, generalmente no causa síntomas, razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir enrojecimiento, aumento de volumen y retracción de la piel o del pezón con la aparición de agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de

naranja, a lo cual se puede añadir secreción sanguinolenta por el pezón y adenopatías axilares homolaterales.

En etapas avanzadas el cáncer mamario puede presentar: ulceración del tumor y síntomas provenientes de la localización de las metástasis a distancia presentes. Hay que enfatizar que el cáncer de mama puede manifestarse como una tumoración asintomática y que cuando ya hay retracción de la piel sea un cáncer avanzado, por lo que al detectar una masa, la paciente debe buscar ayuda profesional y pedir un diagnóstico exacto basado en estudios y no en presunción clínica. ⁽⁶⁸⁾

El autocuidado

Teoría de autocuidado: El concepto básico desarrollado por Orem plantea que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. ⁽⁶⁹⁾

Las necesidades de autocuidado fueron clasificadas en tres categorías o requisitos:

- Requisitos universales de autocuidado. Comprenden el adecuado suministro de aire, agua y alimentos; procesos de eliminación y excreción; momentos de actividad y de reposo, de soledad y de interacción social; promoción de la salud, y prevención de accidentes.
- Requisitos de autocuidado para el desarrollo. Están determinados por el ciclo vital
- Requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud, incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas, sentimientos y capacidades de la mujer, que la llevan a tomar decisiones para conservar su salud física, mental, espiritual y emocional por medio de la reafirmación como persona y sobre la base de sus necesidades individuales, lo cual le posibilita el desarrollo personal a partir de su autonomía, la construcción de un autoconcepto positivo y una alta autoestima.

Para el autocuidado de la salud es necesario evaluar las conductas, para disminuir posibles enfermedades, o cualquier limitante de la salud tanto a nivel

personal como social, es uno de los factores más importantes para el mantenimiento de la salud y también tiene que ver con componentes sociales importantes.⁽⁶⁹⁾

Guerrero afirma que la palabra autocuidado está conformada con dos vocablos: “auto” (del griego αὐτο) que significa "propio" o "por uno mismo" y “cuidado” (del latín cogitātus) que significa "pensamiento" y que viene de “cuidar” acción que significa “mirar por la propia salud”. Autocuidado sería “el cuidado de uno y por uno mismo”. El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece Tobón; también este último autor refiere que entre las prácticas para el autocuidado se encuentra una alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

Bersh por su parte expresa que “Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”.

El autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.⁽⁶⁹⁾

El autoexamen de mama como práctica de autocuidado.

El autoexamen de mama es el método precoz de detección del cáncer mamario y 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. Otras fuentes recomiendan exámenes mensuales⁽⁷⁰⁾.

La técnica consta de los siguientes pasos: inspección y palpación. La 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 sobre los costados y posteriormente con los brazos levantados sobre la cabeza.⁽⁷⁰⁾

La palpación permite descubrir posibles bultos anormales o nódulos en el pecho, esta se realiza de pie o en decúbito, colocando una almohadilla bajo la espalda en la región del seno a explorar.⁽⁷¹⁾

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 realizando presión moderada en todo el seno y en el pezón para observar cualquier tipo de excreción. Este último posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta la mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y, en específico, del cáncer, ya que más del 80% de los nódulos de mama son diagnosticado por la propia mujer.^(71,72,73)

Desde tiempos inmemoriales la salud ha constituido un elemento esencial y de valor inestimable en la vida de las personas. Habitualmente se incluye como uno de los componentes de la felicidad personal. Diferentes autores han realizado aportes teóricos a la conceptualización del término salud como al binomio salud-enfermedad. En relación con las esencialidades del primer término, o sea la salud, se plantean para su comprensión, condicionantes biológicas, sociales, psicológicas y racionales.

En el aspecto psicosocial se imbrica todo el mundo cognitivo, afectivo y valorativo y se constituye en un importante determinante de sus conductas y actitudes frente a la salud y a la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de las personas solamente demandan de los servicios de salud cuando enferman, obviamente para ser curados, dejando rezagada la visión preventiva de la enfermedad lo que favorece que aumente la mortalidad por esta causa.⁽²³⁾

En este sentido resulta pertinente comprender los motivos por los cuales los individuos asumen o no comportamiento predisponentes a la salud o a la enfermedad y un elemento

a tener en cuenta son las creencias, ya que tienen una participación especial en la determinación del comportamiento por lo que son un componente esencial a tener en consideración en cuestiones como los hábitos, costumbres, toma de decisiones y la adherencia a los tratamientos, por tanto las creencias que asumen los individuos vinculadas a la salud deben ser siempre tomadas en consideración.⁽²³⁾

Modelo de Creencias en Salud

Definición de creencias

Al consultar en el Diccionario de La Real Academia de la Lengua Española (DRAE) se definen las creencias como: el "Firme asentimiento y conformidad con algo" y si se consulta por el término creer lo define como el "completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos", "tener por cierto algo que el entendimiento no alcanza o que no está comprobado o demostrado". Según Ximena Concha y colaboradores, si esta explicación se lleva al plano de la salud, las personas actuarán alineadas a sus creencias, aprendidas en un contexto cultural determinado y descartando cualquier otra alternativa de cuidado en salud que no coincida con dichas creencias.⁽⁷⁴⁾ En tal sentido, desde las ciencias psicológicas autores como Rosenstock indican que las creencias definen procesos cognitivos y emocionales relacionados con el comportamiento saludable.⁽⁷⁵⁾

En su libro "Orientación psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple." el DrC. Manuel Calviño, define las creencias como: ciertas proposiciones emocionalmente aceptadas, y que suponen una referencia explicativa. Cada ser humano tiene creencias acerca de la realidad, de sí mismo y de los demás. Ellas se conforman desde tres núcleos de determinación: socio histórica o cultural, grupales y comunitarios particulares e individuales.⁽⁷⁶⁾

En relación con las fuentes de las que provienen las creencias se explicita que son variadas y destacan que pueden dividirse en externas e internas.

- Externas: cuando se originan en explicaciones culturales recibidas para la interpretación y comprensión de ciertos fenómenos y la comprensión determinada de ciertos discursos.
- Internas: cuando surgen del propio pensamiento, experiencia y convicciones.

Investigadores como Ximena Concha y Manuel Calviño comparten el criterio de la influencia del entorno cultural en el restablecimiento de las creencias al cual se suma la

autora de esta investigación, quien sustenta esta posición desde un enfoque histórico-cultural descrito por Lev Vigosky quien plantea la determinación histórico social de lo psíquico mediante las influencias externas que se reciben del medio en que se desarrolla cada sujeto que son interiorizadas y mediatizadas por la subjetividad. Un punto de congruencia presente en las concepciones de creencias de los autores Rosentock y Manuel Calviño es la inclusión de los componentes cognoscitivos y afectivos, con diferencias en cuanto a su aplicación en los niveles de actuación del sujeto y en el campo específico de actuación de dichos niveles.

Rosentock limita su concepto de creencias al Modelo de Creencias en Salud, que intenta explicar los comportamientos que asumen las personas en relación al cuidado de su salud. Se hace evidente que esta perspectiva es menos amplia que la del Dr. Calviño, como la autora señaló anteriormente. Debe destacarse que al asumir la investigación actual desde una perspectiva marxista, teniendo en cuenta los postulados del enfoque histórico cultural del desarrollo humano de Vigosky y sus seguidores de la escuela soviética, cobra importancia en la definición de creencias la combinación integral de lo cognitivo con lo motivacional afectivo y valorativo, que en dicho enfoque fue definido como vivencia, macroconcepto de importancia en su sistema categorial y que se resumen en lo que se aprende y que sentido y significado le doy en el actuar, el sentir, y el pensar, aspectos teóricos que se asumen en esta investigación sin dudas de importancia para las indagaciones empíricas que se emprendan.⁽⁷⁷⁾

El análisis de todo objeto, hecho, fenómeno o proceso necesariamente implica el estudio de su devenir histórico y el establecimiento de sus regularidades en cada etapa que se analice. Seguidamente se exponen de manera resumida aspectos esenciales de este acápite

Desarrollo histórico del modelo de creencias

Referirnos a la historia de un modelo de cambio de comportamiento resulta complejo debido a que no se encuentran disponibles todos los textos que dieron origen a una amplia diversidad de modelos y teorías y también a las repetidas modificaciones conceptuales que son parte de la construcción del conocimiento.^(77,78)

Las bases teóricas en las que se apoyó en su desarrollo el MCS, fueron por un lado el conductista, que define que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta, elementales y justificadas por sus inmediatas consecuencias. Por

otro lado el cognitivismo, ampliamente dominante durante los primeros 50 años del siglo XX, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que la persona otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la posibilidad de que esta produzca el deseado resultado. Por tanto este modelo relacionó teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas de opción comportamental con implicaciones en la salud.⁽⁷⁸⁾ El Modelo de Creencias en Salud se construyó a partir del aporte de múltiples autores, quienes se inspiraron en propuestas teóricas referidas a la motivación y percepción del individuo pero con la colaboración de MayhewDerryberry, creador de la división de estudios de la conducta en el Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos, donde cuatro psicólogos sociales del servicio, GodfreyHochbaum, Stephen Kegeles, HughLeventhal e IrwinRosenstock, autores con una orientación fenomenológica basada en la teoría de Kurt Lewin, desarrollaron la arquitectura y descripción original del Modelo de Creencias en Salud con el objetivo de encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter social principalmente relacionados con la educación para la salud como un intento para comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas tales como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades . Por tanto su objetivo primario de estudio era la prevención.⁽⁷⁹⁾

El primer artículo que menciona el MCS, es el de Kasl y Cobb (1966) aparecido en Archives of EnviromentalHealth. Tal fue el interés que despertó que ya en 1974 la revista HealthEducationMonographs, publicación oficial de la SocietyforPublicHealthEducation , dedicó un número monográfico al MCS en el cual se revisaban los distintos hallazgos que sobre el tópico se habían realizado hasta la fecha y se examinaba una amplia variedad de investigaciones que teniendo en común la aplicación de este modelo como formulación conceptual, intentaba comprender por qué los sujetos se implicaban o no en determinadas acciones relacionadas con la salud.⁽⁷⁹⁾

Diez años más tarde Janz y Becker en 1984 llevan a cabo una revisión de las investigaciones realizadas en la década transcurrida entre su informe y el anteriormente citado, llegando a la conclusión de que el MCS continúa siendo un marco teórico adecuado para explicar al menos el cumplimiento de las recomendaciones médicas para el cuidado de la salud.⁽⁷⁹⁾

Las situaciones de salud tienen una expresión en el medio social, esta relación bidireccional pues a la vez el medio social constituye un determinante del estado de salud. A punto de partida de lo que la psicología pudo aportar como ciencia para la comprensión de los comportamientos en relación a la salud, estos tenían una lectura en la sociedad. La visión con que surge este modelo fue sin lugar a dudas salubrista ya que parte de la prevención y según la clasificación de la misma se considera primordial, pues se estudiaban en un primer momento a los sujetos sanos. Se enriquece su utilidad cuando se implementa para el estudio del tratamiento lo que habla a favor de la evolución del mismo. Se puede resumir que ha habido concepciones que se sustentan desde el conductismo, enfoque criticado por su reduccionismo al conocido estímulo-respuesta. Otros al cognoscitivismo, con evidente hiperbolización de lo cognitivo instrumental sobre lo motivacional y los citados (Rosentock y Calviño) en el epígrafe anterior, que integran lo cognitivo instrumental con lo afectivo motivacional entendiéndolo como elementos constitutivos de la personalidad en todas las esferas de su formación, desarrollo y expresión de la actuación, regulación y autorregulación del sujeto, concepción esta que se considera en la presente investigación.

Los elementos básicos para la constitución del Modelo de Creencias en Salud son:

- a) El valor a una atribución para la consecución de una meta.
- b) El estimado sobre la probabilidad de conseguir a través de una conducta dicha meta.

A partir de estos supuestos el sujeto empieza a construir un sistema de afirmaciones explicativas sobre el mundo y sobre las conductas saludables o poco saludables. ⁽²⁵⁾

Suscribiendo estos dos elementos estrictamente al ámbito de la salud tal y como lo ha hecho Maiman y Becker se pueden traducir en los siguientes términos:

- a) El deseo de evitar la enfermedad(o si se está enfermo de recuperar la salud).
- b) La creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud ⁽⁸⁰⁾

Según Rosenstock, el Modelo de Creencias en Salud distingue dos tipos de variables que determinarían la conducta de salud:

1. El estado psicológico de preparación para realizar una acción específica.

2. La amplitud con la que se crea que un curso de acción en específico es beneficioso como un todo, para reducir la amenaza. ⁽⁷⁹⁾

Tanto los elementos básicos como las variables del modelo guardan relación y ambos hacen referencia a aspectos como la disposición para el logro de la salud mediante la realización de comportamientos. La autora de la investigación asume la posición de Rosentock donde indica que las creencias definen procesos cognitivos y emocionales relacionados con el comportamiento saludable, es decir que explica los comportamientos que asumen las personas en relación al cuidado de su salud

Dimensiones del modelo de creencias.

Las dimensiones de que consta el Modelo de Creencias en Salud son: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas.

Susceptibilidad percibida

La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían la percepción de la propia vulnerabilidad de enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estática” de que le ocurra un problema de salud pero no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo. ⁽⁷⁸⁾

En caso de una enfermedad instalada, esta dimensión se reformula para incluir la aceptación del diagnóstico, la percepción de posibles recaídas y de enfermar. Para que esta dimensión exista es necesario que la persona conozca o haya escuchado del riesgo de caer en dicho estado de enfermedad. Esta percepción puede estar influenciada por el optimismo o pesimismo y hacer que se subestime o sobrestime la frecuencia de una enfermedad. ⁽⁷⁸⁾

Severidad percibida

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Esta dimensión contempla dos tipos de consecuencias:

1. Consecuencias médico- clínicas: incluye aspectos como muerte, incapacidad o dolor.

2. Consecuencias sociales: incluye aspectos como merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares etc. ^(78, 79,80)

Esta dimensión se ha asociado a una baja predictibilidad debido a que va ligada a factores como, pacientes sintomáticos, con inminente riesgo de salud o con experiencia previa en relación a esa enfermedad. ⁽⁸¹⁾

Beneficios percibidos

Los beneficios percibidos se refieren a la creencia de las personas sobre la efectividad de una conducta saludable para evitar un problema de salud o de la eficacia de un tratamiento para curar una enfermedad. Las personas no seguirán las conductas saludables o curativas a menos que las perciban como eficaces para evitar o solucionar ese trastorno. ⁽⁸²⁾

Barreras percibidas

El sujeto pondera la creencia de la existencia de barreras que se oponen a la ejecución de la conducta saludable, como pueden ser determinados aspectos negativos derivados de una acción que funcionarían como barreras, que son evaluados en términos del costo de la acción y pueden ser vistos como peligrosos, desagradables, dolorosos o que tengan un alto costo monetario o de tiempo. Es la dimensión que tiene el efecto más frecuentemente reportado sobre el comportamiento. ⁽⁸¹⁾

Otras dimensiones del Modelo de Creencias en Salud

Autoeficacia

Se define como la confianza en la habilidad o capacidad personal para llevar a cabo una acción protectora de la salud. ⁽⁸³⁾

La autoeficacia, aspecto central de la Teoría Social Cognitiva, se define como "la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para producir determinados logros o resultados". Básicamente, las investigaciones han señalado que la autoeficacia es un recurso personal que ayuda a las personas a enfrentarse a situaciones exigentes y protege su salud. ⁽⁸⁴⁾

Como sugiere Bandura, la autoeficacia puede estar determinada por su nivel de especificidad, y por tanto será más determinante cuanto más se ajuste a un dominio concreto. ⁽⁸⁴⁾

Señales para la acción

Se refiere a los activadores de la disposición para hacer un cambio. Son estímulos imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones los cuales pueden ser:

1. Estímulos internos: como síntomas físicos.
2. Estímulos externos: como medios de comunicación, campañas de servicios de salud o presiones del ambiente social y familiar del sujeto. ^(81, 83 ,85)

En estos se conjugan los factores externos e internos en la ejecución de determinada acción. Es conocida la actividad, que junto a la comunicación son vitales en todo el desarrollo ontogenético del sujeto, como lo fue en la antropogénesis. Toda actividad tiene un objetivo general, que para cumplirlo necesita de acciones para el logro de un fin parcial y operaciones como condiciones para ejecutar la acción.

Amenaza percibida

Se refiere a la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Los factores de modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos:

1. La percepción de amenazas sobre la propia salud: se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante el problema de salud y las creencias sobre la gravedad del mismo.
2. Creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas: se encuentra en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos. ⁽⁷⁸⁾

Ventajas y limitaciones

El Modelo de Creencias en Salud ofrece la posibilidad de identificar variaciones en la conducta saludable, haciendo uso de un número reducido de variables susceptibles de modificar a través de intervenciones educativas que, por ejemplo reduzcan la percepción de barreras, maximicen los beneficios y enfatizen las señales para la acción. Además comprende a las creencias como factores mediadores del proceso salud – enfermedad, constituyendo una herramienta en el estudio de las creencias, no solo para los profesionales de la psicología, sino para los profesionales de las ciencias de la salud. ⁽⁸³⁾

Este modelo también facilita desde su abordaje la investigación científica en las diferentes etapas del proceso salud- enfermedad diagnóstico, curación y rehabilitación, permitiendo su empleo desde diferentes aristas promocionales, preventivas y rehabilitadora por tanto

es aplicable no solo al paciente (que transita por las diferentes etapas del proceso salud-enfermedad) sino también a otros individuos que influyen en el mismo como la familia y el personal médico. ⁽⁸³⁾

El Modelo de Creencias en Salud al igual que otros modelos tiene limitaciones porque se centra en la conducta, no visualiza el concepto desde una perspectiva de proceso y muestra el excesivo énfasis sobre los factores cognitivos tenidos por mediadores de los resultados diferenciales en salud, sin atender a otro tipo de variables tan importantes para determinar y explicar el comportamiento humano como pueden ser las circunstancias sociales e individuales. ^(80,82)

No obstante esas limitaciones se considera un modelo útil para la comprensión de los comportamientos relacionados con la salud y como marco teórico conceptual para conducir intervenciones que promuevan el cambio por lo que la autora lo asume como encuadre de su investigación.

Las intervenciones psicoeducativas en salud.

La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costos permisibles. ⁽⁸⁶⁾

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. ⁽⁸⁷⁾

La intervención se refiere a las medidas aplicadas a un individuo, a un grupo o una comunidad; con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. ⁽⁸⁶⁾ La intervención psicológica significa: tomar parte en un asunto, intervenir en un conflicto, medir, interponer uno su autoridad. Es un proceso de mediación o interposición, con el objetivo de ejercer una influencia y provocar un cambio. ⁽⁸⁷⁾

Según la OMS dice lo siguiente: “La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”. ⁽⁸⁸⁾

Los problemas de salud vigentes son multicausales y complejos y requieren acciones bien articuladas que combinen diferentes estrategias, métodos y técnicas. Necesitan un abordaje con múltiples dimensiones: investigación, medio ambiental, clínico, educativo, etc. ⁽⁸⁹⁾

La Educación para la Salud aborda la dimensión educativa y constituye una de las herramientas primordiales a utilizar a distintos niveles (poblacional, grupal, individual), en diferentes ámbitos (familia, escuela, centros de trabajo, servicios sanitario), sola o combinada con otras estrategias, etc. ⁽⁸⁹⁾.

La Estrategia de Intervención Educativa

Para cubrir las expectativas de la sociedad actual se requiere elevar la calidad de la educación, un proceso del cual no puede excluirse el uso de estrategias educativas que más que un medio constituye un recurso sobre el que se sustentan las exigencias actuales. ⁽⁹⁰⁾

En este acápite se utilizarán las expresiones estrategias educativas y estrategias didácticas como sinónimos para designar genéricamente las estrategias creadas con la finalidad específica de ser utilizados como medio didáctico, es decir, para facilitar los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

La estrategia educativa se define como un instrumento curricular donde se organizan acciones de enseñanza-aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin. ⁽⁹⁰⁾

Las estrategias educativas pueden realizarse en diferentes materias, de formas muy diversas (a partir de cuestionarios, facilitando una información estructurada a los alumnos, mediante la simulación de fenómenos) y ofrecer un entorno de trabajo más o menos sensible a las circunstancias de los alumnos, y más o menos rico en posibilidades de interacción; pero todos comparten características esenciales tales como:

- Son materiales elaboradas con una finalidad didáctica, como se desprende de la definición.
- Son interactivas, contestan inmediatamente las acciones de los estudiantes y permiten un diálogo y un intercambio de informaciones entre el docente y los estudiantes.

- Individualizan el trabajo de los estudiantes, ya que se adaptan al ritmo de trabajo cada uno y pueden adaptar sus actividades según las actuaciones de los alumnos.⁽⁹⁰⁾

Si analizamos la estrategia como un proceso, es necesario precisar sus indicadores, las relaciones entre ellas y con el medio exterior, por lo que al concebir el sistema de tareas para desarrollar, mejorar y perfeccionar las habilidades que tiene el proceso educativo superior donde se ponen de manifiesto distintos componentes del proceso, su relación dialéctica entre sí, determinando la ley que establece su dinámica interna.

Actualmente existe y se consolida un modelo de enseñanza en el que las estrategias educativas ocupan un lugar bien definido, para llevar a cabo los mismos utilizamos maquetas, modelos, carteles, fotos, láminas, pizarras, que constituyen un medio de enseñanza. En este sentido se conceptualizará qué es un medio de enseñanza:

Rodríguez⁽⁹¹⁾ plantea:

“El sistema de componentes materiales que apoyan y elevan la calidad del proceso docente-educativo”.

Este autor en su libro registra el concepto de medio de enseñanza dando una definición acorde a la teoría de la formación por etapas de las acciones mentales que expresa:

“Entendemos como medio de enseñanza a todo componente material del proceso docente educativo con el que los estudiantes realizan en el plano externo las acciones físicas específicas dirigidas a la apropiación de los conocimientos y habilidades”⁽⁹¹⁾

Además es recomendable recordar que los medios de enseñanza pueden ser clasificados según su naturaleza en:

- Objetos naturales e industriales.
- Objetos impresos y estampados.
- Medios sonoros y de proyección.
- Materiales para enseñanza programada y de control.

El uso de estrategias educativas permite agrupar una serie de factores presentes en otros medios, pero a la vez agregar otros hasta ahora inalcanzables (Rodríguez, 2002)⁽⁹¹⁾.

- Permite la interactividad con los estudiantes, retroalimentándolos y evaluando lo aprendido, a través de ellos se puede demostrar el problema como tal.
- Facilita las representaciones animadas.

- Incide en el desarrollo de las habilidades a través de la ejercitación.
- Permite simular procesos complejos.
- Reduce el tiempo que se dispone para impartir gran cantidad de conocimientos, facilitando un trabajo diferenciado.

En cualquier caso, son estrategias basadas en los planteamientos conductistas de la enseñanza que comparan las respuestas de los alumnos con los patrones que tienen como correctos, guían los aprendizajes de los estudiantes y facilitan la realización de prácticas más o menos rutinarias y su evaluación; en algunos casos una evaluación negativa genera una nueva serie de ejercicios de repaso ⁽⁸⁹⁾.

Las estrategias educativas, cuando se aplican a la realidad educativa, realizan las funciones básicas propias de los medios didácticos en general y además, en algunos casos, según la forma de uso que determina el profesor, pueden proporcionar funcionalidades específicas. Su funcionalidad y las ventajas e inconvenientes que pueda comportar su uso serán el resultado de las características del material, de su adecuación al contexto educativo al que se aplica y de la manera en que el profesor organice su utilización ⁽⁹¹⁾.

Principales funciones que poseen las estrategias ⁽⁹⁰⁾:

- Función informativa: La mayoría de las estrategias a través de sus actividades presentan unos contenidos que proporcionan una información estructuradora de la realidad a los participantes.
- Función instructiva: Todas las estrategias educativas orientan y regulan el aprendizaje de los estudiantes ya que, explícita o implícitamente, promueven determinadas actuaciones de los mismos encaminadas a facilitar el logro de unos objetivos educativos específicos. Actúa en general como mediador en la construcción del conocimiento de los estudiantes, ya que dirigen las actividades de los mismos en función de sus respuestas y progresos.
- Función motivadora: Generalmente los estudiantes se sienten atraídos e interesados por las estrategias educativas, ya que las estrategias suelen incluir elementos para captar la atención de los participantes, mantener su interés y, cuando sea necesario, focalizarlo hacia los aspectos más importantes de las actividades.

- Función evaluadora: La interactividad propia de estos materiales, que les permite responder inmediatamente a las respuestas y acciones de los estudiantes, les hace especialmente adecuados para evaluar el trabajo que se va realizando con ellos.
- Función innovadora: Aunque no siempre sus planteamientos pedagógicos resulten innovadores, las estrategias educativas se pueden considerar materiales didácticos con esta función.

La educación para concientizar es una parte integrante de todos los programas de detección temprana, por lo que la concientización sobre la salud mamaria incluye educación de salud pública y profesional para resolver inquietudes relacionadas con las mamas. Por lo tanto la realización del autoexamen mamario para la búsqueda o detección de una masa, engrosamiento u otro hallazgo nuevo en los senos que perdura juegan un papel de suma importancia para la detección precoz del cáncer mamario. ^(92,93)

La elaboración del diseño de la intervención psicoeducativa para influir en aspectos cognitivos, motivacionales afectivos y comportamentales en mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama y no se realizan el autoexamen mamario en el municipio de Cruces se realizó teniendo en cuenta la metodología establecida por Fernández –Ballesteros ⁽⁹⁴⁾

Este autor plantea que la intervención es un conjunto de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una determinada realidad social con el fin de resolver algún problema que atañe a un conjunto de unidades. Así pues, las características de cualquier forma de intervención son esencialmente cuatro: responder a un bien trazado y previo plan, ser sistemáticas en el sentido de ser implantadas, siguiendo unas especificaciones determinadas, comprender acciones humanas y recursos materiales y, finalmente, responder a unos objetivos previamente conocidos. ^(94,95)

Es importante justificar ¿por qué psicoeducación y no educación a secas? Parte de la respuesta a esto es que lo sustancial del contenido de la psicoeducación coeducación es psicológico, está relacionado con el funcionamiento psicológico y el aprendizaje, contenidos que tienen que ver con procesos interpsíquicos que mediante diferentes etapas se internalizan (teoría de la formación por etapas de los procesos mentales de Galperin), procesos que se dan en la actividad y la comunicación como unidad indisoluble y vía del enraizamiento cultural; la comunicación que orienta la transformación de la realidad y la

actividad que produce esa transformación efectivamente, los que mediatizados por la subjetividad del sujeto cristalizan en sus saberes y actuaciones en un determinado contexto.^(95,96)

La autora de la investigación se afilia al modelo psicoeducativo informativo definido por Colom (2011), el cual suele ser breve (alrededor de cinco a seis sesiones), priorizando la transmisión de información como técnica (a través de técnicas como charlas educativas, disertación de temas, debates, encuentros etc.) y destaca el papel activo que juega este modelo en la prevención de enfermedades, así como en la adopción de conductas saludables.

La psicoeducación en esencia es:

- Entrega y elaboración de información por métodos que permitan al receptor superar su déficit cognitivo y comprender la información que se les ofrece.
- Se asume que los individuos para los cuales se diseña la intervención desarrollen conocimientos desde sus potencialidades que podrán utilizar inteligentemente en su autocuidado.
- En todo el proceder se contempla lo individual (lo personal en su estructura y función irrepetible) y lo grupal (el conjunto vivo de individualidades, subjetividades en que interactúan mediante la actividad y se comunican; diálogo entre subjetividades) propiciando en los procesos de apropiación de contenidos la mediación del otro, unos con más desarrollo así como sus producciones culturales.
- Utiliza situaciones de pequeños grupos para elaborar la información expuesta y proporcionar apoyo como sistema de influencias educativas. Todas las partes implicadas se ayudan mutuamente para aplicar la información a las situaciones vitales específicas de cada cual.⁽⁹⁵⁾

Las ventajas de la intervención psicoeducativa consisten en construir significados comprendiéndolos y tomando conciencia de ellos y atribuir sentido y entender el valor funcional a lo que se aprende.

La utilidad radica en que se considera valioso para uno mismo y para la sociedad ya que al tiempo que provoca cambios endógenos-estructurales en la persona a consecuencia de la apropiación de los saberes culturales, también genera modificaciones exógenas, ya que transforma el modo de participación dentro de las prácticas y los nichos culturales en donde se desenvuelve el aprendiz.

Las insuficientes investigaciones precedentes con resultados consistentes relativos al diseño, aplicación y validación de propuestas de programas de intervención psicoeducativas con el objetivo de propiciar modificaciones del comportamiento frente a problemas de salud importantes, tanto en Cuba como en el extranjero, desde posiciones integradoras, en este caso particular, frente a la no realización del autoexamen de mama, por mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer mamario, ratifica la necesidad de profundizar el estudio de esta problemática por el posible impacto que puede tener en la morbilidad por neoplasias malignas de este tipo.

Diseño metodológico.

Contexto y clasificación de la investigación:

Se realizó una investigación de intervención psicoeducativa en mujeres con 3 o más factores de riesgo de presentar cáncer de mama, en relación con sus conocimientos y creencias sobre la aplicación del autoexamen mamario en el Consultorio Médico de Familia 24 Chicharrones, que pertenece al Consejo Popular El No Chicharrones del municipio Cruces, en el período de julio del 2019 a julio del 2021. El enfoque general de la investigación es cuali-cuantitativo, sobre la base de las leyes y categorías del materialismo dialéctico.

La investigación se desarrolló en dos etapas:

Primera etapa:

Inicialmente se explicó a las mujeres que formaron parte del estudio acerca de las características y objetivos de la investigación para obtener el previo consentimiento informado. (Anexo 1).

Para caracterizar a las mujeres según los factores de riesgo se revisaron las Historias Clínicas Individuales y las Historias de Salud Familiar, la información recogida se vació en un formulario de datos (Anexo 2).

Se aplicó una entrevista semiestructurada (Anexo 3), para obtener información acerca de los conocimientos y creencias sobre el autoexamen de mama a las mujeres mayores de 25 años con 3 o más factores de riesgo de padecer cáncer mamario y que en los dos últimos años no se han practicado este proceder en el Consultorio.

Segunda etapa: Durante esta etapa se aplicó la estrategia de intervención psicoeducativa (Anexo 4) mediante encuentro es para influir en aspectos cognitivos, motivacionales afectivos y comportamentales acerca del autoexamen de mama en estas mujeres.

Una vez aplicada la intervención psicoeducativa se aplicó la entrevista semiestructurada para valorar el nivel de influencias cognitivas, afectivas y comportamentales adquiridos por las mujeres objeto de estudio y pasado 6 meses se evaluará la comprensión de la intervención teniendo en cuenta la realización o no del autoexamen de mama.

Universo: 52 mujeres mayores de 25 años pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia 24 con 3 o más factores de riesgo que en los últimos dos años no se realizaron el autoexamen de mama.

Criterios de inclusión: Mujeres que dieron su consentimiento para participar en la investigación.

Criterios de salida:

- Mujeres que fallezcan durante el período de estudio.
- Mujeres que realicen traslado fuera del municipio o de consultorio médico.

Para conformar el grupo de estudio se revisaron las Historias de Salud Familiar e Historias Clínicas Individuales, seleccionando aquellas mujeres vulnerables de padecer cáncer de mama al presentar varios factores de riesgo (3 o más) para desarrollar la enfermedad y que en los dos últimos años no se habían realizado el autoexamen mamario.

El enfoque general de la investigación es cuali-cuantitativo, sobre la base de las leyes y categorías del materialismo dialéctico.

Métodos del nivel teórico

Histórico lógico: Estudia los antecedentes, y condiciones históricas de las creencias en salud, analiza el camino teórico y su condicionamiento a los diferentes tiempos históricos, para expresar el procedimiento lógico del proceso de confección de modelos para el abordaje de dichas creencias en salud.

Análítico sintético: Hace estimaciones de la bibliografía y analiza deducciones; divide de manera mental aspectos que se afectan con el tema de las creencias en salud y los principales modelos establecidos. Se sintetizan sobre la base de los efectos obtenidos del análisis y esto posibilita categorizar el conocimiento y elegir variables que satisfacen la realización del autoexamen de mama.

Inductivo deductivo: Permite formular conceptos específicos (modelos en creencias en salud) a partir de conocimientos generales (teoría acerca de las creencias en salud en general, su estructuración y enfoques) que posibilita unificar una idea ordinaria de procedimiento (construcción de instrumento para indagar de manera profunda y detallada las creencias en salud acerca del autoexamen de mama.

Métodos del nivel empírico.

Análisis documental se revisaron las Historias De Salud Familiar e Historias Clínicas Individuales.

Entrevista :Se aplicó una entrevista semiestructurada diseñada y validada por criterio de expertos en una investigación anterior.(Caballero Aja,)

Análisis de contenido: encuentra un sentido, significado y trascendencia en la información de las creencias en salud acerca del autoexamen de mama, la organiza y simplifica la complejidad de datos en tópicos, temas, palabras o categorías, a través de la observación de la concordancia inter subjetiva, para afianzarse a una idea más sólida que demuestre científicidad y veracidad en la investigación. En un momento de la entrevista, las mujeres expresan sus ideas abiertamente, lo cual se analizará de forma cuantitativa y cualitativa, a través de las categorías propuestas según las respuestas obtenidas para procesar posteriormente la información.

Métodos estadísticos

Se hizo uso de la estadística descriptiva. Se emplearon los números absolutos y las distribuciones de frecuencia para mostrar los resultados.

Técnicas y procedimientos

Durante la primera etapa de la investigación:

Inicialmente para dar salida al primer objetivo específico se llenó un formulario de datos con información recogida de las Historias Clínicas Individuales e Historias de Salud Familiar de las pacientes.

Posteriormente se aplicó la entrevista semiestructurada que se mencionó anteriormente, que permitió obtener información detallada sobre los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales acerca del autoexamen de mama en las mujeres con factores de riesgo de cáncer mamario. La misma se aplicó en el consultorio médico de familia o en las casas de estas mujeres siempre y cuando se garantizara un ambiente propicio de privacidad.

La guía de entrevista semiestructurada cuenta con un total de 14 preguntas, subdivididas en las siguientes dimensiones:(Anexo 3)

- Conocimientos respecto al cáncer de mama y autoexamen de mama: a esta dimensión corresponden las preguntas de la 1 a la 6.

- Susceptibilidad percibida respecto al cáncer de mama: a esta dimensión corresponde la pregunta 7.
- Severidad percibida respecto al cáncer de mama: corresponden a esta dimensión las preguntas de la 8 a la 11.
- Beneficios percibidos con la realización del autoexamen de mama: corresponde a esta dimensión la pregunta 12.
- Barreras percibidas para la realización del autoexamen de mama: corresponden a esta dimensión las interrogantes de la pregunta 13 a la 15.
- Autoeficacia percibida para la autorrealización del examen de mama: corresponde a esta dimensión la pregunta 16.
- Señales para la acción (realización del autoexamen de mama): corresponde a esta dimensión la pregunta 17.

Durante la segunda etapa de la investigación:

En relación con el tercer objetivo de la investigación se aplicó una intervención psicoeducativa diseñada y validada por criterio de expertos por la M.Sc. Caballero Aja, en su tesis de maestría de Psicología de la Salud.

El diseño de esta intervención se basó en el MCS, tomando en cuenta sus seis dimensiones (susceptibilidad, severidad, barreras, beneficios, autoeficacia y señales para la acción) y los conocimientos que tienen las féminas sobre el cáncer de mama y la importancia de la realización del autoexamen mamario.

Esta intervención contempló 7 encuentros de trabajo en las cuales se analizan con mayor énfasis la severidad respecto al cáncer de mama y los beneficios percibidos respecto a la realización del autoexamen mamario por las mujeres con factores de riesgo presentes con el objetivo general de Influir en aspectos cognitivos, afectivos, motivacionales y comportamentales según el modelo de creencias de salud en relación con el autoexamen de mama en mujeres con factores de riesgo de cáncer mamario.

Se trabajó con 3 subgrupos de mujeres, 2 con 17 cada uno y uno con 18.

La intervención psicoeducativa contó con:

- **Escenario:** CMF No. 24.Municipio Cruces.
- **Tiempo:** Tuvo una duración de 7 semanas con 2 frecuencias de 60 minutos.
- **Recursos**

Materiales: Local con una adecuada iluminación y ventilación, además de sillas en dependencia del grupo de estudio.

- T.V con entrada de USB para proyectar videos y música de relajación.
- Camilla, espejo.
- Hojas y bolígrafos.

Humanos: Además de Médico y enfermera del Consultorio, se contó con el apoyo de la Especialista de Ginecobstetricia y Psicóloga del GBT.

El plan de temas diseñado para el desarrollo de esta investigación aparece a continuación:

Temas	Sesiones
Tema 1. Introducción a la intervención psicoeducativa. Generalidades acerca del cáncer de mama.	1
Tema 2. Factores de riesgo acerca del cáncer de mama.	1
Tema 3. Técnica del autoexamen de mama. Evaluación Parcial.	1
Tema 4. Susceptibilidad y severidad percibida sobre padecer cáncer de mama.	1
Tema 5. Barreras percibidas para la realización del autoexamen mamario.	1
Tema 6. Autoeficacia y señales para la acción.	1
Tema 7. Evaluación Final	1

Operacionalización de las variables

Para dar salida al primer objetivo específico:

Variable	Clasificación	Definición Operacional	Escala y Valores
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el último año cumplido.	-25-35 -36-45 -46-55 -56-65
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Último grado vencido.	-Primaria -Nivel medio -Medio Superior -Superior
Menarquía	Cualitativa nominal politómica	Según la edad de aparición de la primera menstruación.	-Precoz (Ocurre antes de los 12años) Normal (Ocurre a los 12 años) -Tardía (Ocurre después de los 12 años)
Paridad	Cualitativa Nominal Politómica	Edad en años en que se tiene el primer hijo.	-Nulípara -Primer hijo antes de los 35 años -Primer hijo después de los 35 años

Lactancia materna	Cualitativa Nominal Politómica	Acción de dar de mamar a una criatura. Tiempo que se alimenta con la leche de la madre.	-Adecuada (desde el nacimiento hasta los 6 primeros meses) Inadecuada (desde el nacimiento y cesa antes de los 6 primeros meses) -Lactancia mixta (leche humana+ leche no humana). No lactó (No alimentación con leche del seno materno)
Uso de anticonceptivos orales	Cualitativa Nominal dicotómica	Ingestión de tabletas para prevenir el embarazo	-Si (Ingestión de tabletas para prevenir embarazo) -No(No ingestión de tabletas)
Menopausia	Cualitativa Nominal Politómica	Edad en años en que cesa la menstruación.	-Precoz (Cese de la menstruación antes de los 51 años) -Normal(Cese de la menstruación a los 51 años) -Tardía (Cese de la menstruación después de los 51 años)

Antecedentes patológicos familiares	Cualitativa Nominal Politómica	Incidencia de cáncer de mama en familiares de estas mujeres.	-Por línea materna -Por línea paterna -No tiene
Antecedentes patológicos personales.	Cualitativa Nominal Politómica	Según presencia de patologías mamarias previas.	-Congénitas -Mastitis -Displasias -Tumores benignos -Cáncer -Ninguno

Variables propias de modelo de Creencias en Salud:

Variable: susceptibilidad percibida respecto al cáncer de mama.

Tipo: cualitativa nominal categórica.

- **Definición conceptual:** se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.

- **Definición operacional:** las respuestas referidas por las pacientes expresan la creencia o no el riesgo subjetivo de tener o desarrollar cáncer de mama.

Escala:

-Presente: las respuestas de las pacientes expresan el riesgo, la vulnerabilidad como posibilidad real de tener o desarrollar cáncer de mama.

-Ausente: las respuestas de las pacientes expresan negación ante el riesgo, la vulnerabilidad como posibilidad real de detener o desarrollar cáncer de mama.

Criterios para codificación: frecuencia y porciento.

Variable: valoración de la enfermedad de cáncer de mama.

-**Tipo:** cualitativa nominal categórica.

- **Definición conceptual:** se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad.

- **Definición operacional:** las respuestas de las entrevistadas hacen alusión a la valoración de la enfermedad de cáncer de cuello de útero.

- **Escala:**

- Grave, terrible, maligna, causa de muerte, incurable.

- No responde.

- Combinación de expresiones valorativas: las pacientes refieren dos o más valoraciones de las declaradas anteriormente.

- **Criterios para codificación:** frecuencia y porciento.

Variable: creencias percibidas respecto a las consecuencias de padecer cáncer de mama.

Tipo: cualitativa nominal categórica.

- Definición conceptual:** se refiere a las creencias sobre las consecuencias de contraer una determinada enfermedad.

- Definición operacional:** las respuestas de las entrevistadas hacen alusión a consecuencias de padecer de cáncer de mama.

- **Escala:**

- Médico- clínicas: incluye aspectos como muerte, incapacidad, dolor, tratamientos médicos: (intervenciones quirúrgicas, quimioterapia, reacciones adversas de los tratamientos,) pérdida de peso.

- Sociales: incluye aspectos como dificultades y/o disminución en las relaciones familiares, matrimoniales, laborales y sociales.

- Psicológicas: incluye aspectos como aparición de síntomas ejemplo tristeza, depresión, ansiedad, baja autoestima, irritabilidad, preocupación y stress, trastornos en el sueño, afectaciones en la imagen corporal, incertidumbre, temor, pérdida del apetito.

- No refiere.

- Combinación de creencias médico- clínicas: las pacientes refieren dos o más creencias en esta categoría.

- Combinación de creencias psicológicas: las pacientes refieren dos o más creencias en esta categoría.

- Combinación de creencias sociales: las pacientes refieren dos o más creencias en esta categoría.

- Combinación mixta de creencias: las pacientes combinan dos o más categorías.

- **Criterios para codificación:** frecuencia y porciento.

Variable: severidad percibida respecto a la no realización sistemática del autoexamen de mama.

-**Tipo:** cualitativa nominal categórica.

- **Definición conceptual:** se refiere a las creencias sobre las consecuencias de no realizar las indicaciones médicas orientadas.

- **Definición operacional:** las respuestas de las entrevistadas hacen alusión a las consecuencias de la no realización sistemática del autoexamen de mama.

- **Escala:** causa la muerte, tratamientos médicos invasivos, desconoces tú estado de salud, riesgoso, diagnóstico tardío.

-Combinación de expresiones valorativas: las pacientes refieren dos o más consecuencias.

- **Criterios para codificación:** frecuencia y porciento.

Variable: beneficios percibidos respecto a la realización del autoexamen de mama.

- **Tipo:** cualitativa nominal categórica

- **Definición conceptual:** se refieren a la creencia de las personas sobre la efectividad de una conducta saludable para evitar un problema de salud.

- **Definición operacional:** las respuestas emitidas por las pacientes expresan la creencia en la estimación de la efectividad de que determinadas conductas saludables reduzcan la posibilidad de la aparición del cáncer de mama.

- **Escala:**

- Beneficioso: las respuestas emitidas por las pacientes hacen referencia a la efectividad del examen en términos de oportuno, preventivo e importante.

- No beneficioso: las respuestas emitidas por las pacientes no contemplan la efectividad del examen, lo entienden en términos de innecesario, no confiable.

- **Criterios para codificación:** frecuencia y porciento.

Variable: barreras percibidas respecto a la realización del autoexamen de mama.

- **Tipo:** cualitativa nominal categórica.

- **Definición conceptual:** la creencia de la existencia de barreras que se oponen a la ejecución de la conducta saludable.

- **Definición operacional:** las respuestas expresadas por las féminas exponen los aspectos que identifican como obstáculos para la realización del autoexamen de mama.

Escala:

- Internas: las respuestas emitidas por las pacientes obedecen a criterios provenientes de su individualidad. (Temor a la técnica, temor a un resultado positivo, traumas anteriores durante la realización del examen, afectación a su salud, desconocimiento de la técnica, dolor, estados emocionales negativos, muerte, condición de salud personal, no percibe síntomas.)

- Combinación de barreras internas: las pacientes refieren dos o más barreras internas.

- Externas: las respuestas emitidas por las pacientes obedecen a criterios provenientes del medio social (carencia de confianza en el resultado).

- Combinación de barreras externas: las pacientes refieren dos o más barreras externas.

- Combinación mixta de barreras: las pacientes refieren barreras externas e internas.

- **Criterios para codificación:** frecuencia y porciento.

Variable: autoeficacia percibida para la realización del autoexamen de mama.

- **Tipo:** cualitativa nominal categórica

- **Definición conceptual:** se refiere a la confianza en la habilidad o capacidad personal para llevar a cabo una acción protectora de la salud. (21)

- **Definición operacional:** los criterios ofrecidos por las mujeres que expresan sus creencias en la capacidad personal para la realización del autoexamen de mama.

Escala:

-Percepción de autoeficacia: muy acuerdo y de acuerdo.

-Mediana percepción de autoeficacia: ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

-No percepción de autoeficacia: en desacuerdo y muy en desacuerdo.

- **Criterios para codificación:** frecuencia y porciento.

Variable: señales para la acción de la realización del autoexamen de mama

-**Tipo:** cualitativa nominal categórica.

-**Definición conceptual:** se refiere a los activadores de la disposición para hacer un cambio. Son estímulos imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones.

- **Definición operacional:** situaciones de vida que operan como activadores de la disposición para acceder a la realización del autoexamen de mama.

-Escala:

- Internas: síntomas físicos, conocer de su salud.
- Externas: experiencia cercana de un familiar que enferme o muera por esta causa, orientación médica, petición de un familiar o amigo, campañas de los medios de comunicación.
- No refiere.

- **Criterios para codificación:** frecuencia y porcentaje.

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar.

Para el análisis de la información se confeccionará una base de datos, los cuales serán computados y procesados mediante un paquete estadístico SPSS por Windows versión 22.0. Con el propósito de garantizar la validez y confiabilidad del estudio, todo lo expuesto por las pacientes se recogerá de forma textual, disminuyendo así los sesgos provenientes del investigador. Se trabajará con frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se ilustrarán en tablas y gráficos.

2.4 Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta los aspectos de la ética médica (justicia social, beneficencia, el respeto a la autonomía y no maleficencia). A todas las pacientes seleccionadas se les informaron los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento (Anexo 1) para participar en la misma. Se les garantizó la utilización de la información sólo con fines científicos y absoluta privacidad.

Este proyecto se presentó para su aprobación en el Comité de Ética de la Investigación y el Consejo Científico Municipal.

Análisis de los Resultados

Resultados de la investigación

Luego de aplicar la guía de entrevista a las mujeres que formaron parte del estudio se realizó el procesamiento de la información obtenida y los principales resultados fueron los siguientes:

Tabla 1. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama y que no se realizan el autoexamen mamario según grupos de edades.

Grupo de edades	No	%
25-35 años	6	11.5
36-45 años	29	46.7
46-55 años	16	30.7
56-65 años	1	1.9
Total	52	100

Fuente: Anexo 2

La tabla No 1 muestra que el grupo de edades que predominó en nuestra investigación fue el de 36 a 45 años con 29 mujeres representando el 46.7% del total de la muestra estudiada.

Tabla 2. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama y que no se realizan el autoexamen mamario según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria	2	3.8
Nivel medio	8	15.3
Medio Superior	26	50.0
Superior	16	30.7
Total	52	100

Fuente: Anexo 2

El nivel de escolaridad se presenta en la tabla 3. Predominó el nivel medio superior con un total de 26 pacientes para un 50.0% seguido del superior con 30.7%.

Tabla3. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama y que no se realizan el autoexamen mamario según factores de riesgo presentes.

		N0	%
Lactancia Materna.	Adecuada	4	7.6
	Inadecuada	11	21.1
	Lactancia mixta	36	69.2
	No lacto	1	1.9
Uso de anticonceptivos orales.	Si	39	75.0
	No	13	25.0
Menopausia.	Precoz	1	1.9
	Normal	12	23.0
	Tardía	1	1.9
Menarquía	Precoz	7	13.4
	Normal	14	26.9
	Tardía	31	59.6
Paridad	Nulípara	10	19.2
	Primer hijo antes de los 35 años	19	36.5
	Primer hijo después de los 35 años	23	44.2

Fuente: Anexo 2

Los factores de riesgo para padecer de cáncer de mama se presentan en la tabla 3. Predominó en esta investigación el uso de los anticonceptivos orales con 39 mujeres para un 75%, la menarquía tardía (59.6%) seguido de la lactancia materna mixta con un 69.2%, y la primera paridad después de 35 años con un 44.20%.

Tabla 4. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama que no se realizan el autoexamen mamario según antecedentes patológicos personales y familiares de enfermedades mamarias previas.

		No	%
Antecedentes patológicos personales.	Displasias	20	38.4
	Tumores benignos	6	11.5
	Tumores malignos	17	32.6
	Ninguno	9	17.3
Antecedentes	Por línea materna	43	82.6

patológicos familiares de cáncer de mama	Por línea paterna	5	9.6
	No tiene	4	7.6

Fuente: Anexo 2

Con relación a los antecedentes patológicos personales la displasia ocupó el mayor % (38.4) con 20 mujeres que tuvieron este diagnóstico y los antecedentes patológicos familiares por línea materna fueron los predominantes con un total de 43 mujeres para un 82.6%, lo que se puede observarse en la Tabla 4.

Tabla 5. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama que no se realizan el autoexamen mamario según conocimiento sobre la aplicación del autoexamen de mama y frecuencia de su realización.

Conocimiento y aplicación del autoexamen de mama.		No	%
	Lo conoce pero no lo aplica	32	61.6
	No lo conoce	20	38.4
Frecuencia de su realización.	Semanal	12	23.0
	Mensual	21	40.3
	Bimensual	10	19.2
	Trimestral	6	11.5
	Semestral	3	5.7
	Otros	0	0

Fuente: Anexo 3

En relación al conocimiento y aplicación del autoexamen de mama el 61.6% de la muestra estudiada lo conoce pero no lo aplica, mientras que el 38.4% desconoce este proceder, lo que se expresa en la tabla 5.

Tabla6. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama que no se realizan el autoexamen mamario según susceptibilidad percibida.

Susceptibilidad percibida	No	%
Presente	14	26.9
Ausente	38	73.1

Fuente: Anexo 3

En la tabla 6 aparece la susceptibilidad percibida. En el 73,1 % de las féminas está ausente la susceptibilidad percibida sobre el cáncer de mama.

Tabla7. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama que no se realizan el autoexamen de mama según valoración de la enfermedad.

Valoración de la enfermedad	Pre-intervención	Post-intervención	Mc Nemar
Grave	9.7	3.9	p<0,0001
Terrible	38.5	1.9	
Maligna	15.3	88.4	
Causa la muerte	23.0	5.8	
Incurable	13.5	0	
No responde	-	-	

Fuente: Anexo 3

La valoración de las pacientes sobre el cáncer de mama se refleja en la tabla 7. La mayor cantidad de pacientes valoran el cáncer de mama como una enfermedad terrible (20) representando el 38.5%, y como que causa la muerte (12) con un 23.0% antes de la intervención.

Después de aplicada la Intervención Psicoeducativa las valoraciones de las féminas fueron diferentes, el 88.4% considera que es una enfermedad maligna, resultados estos muy altamente significativos estadísticamente. (p<0,0001).

Tabla8. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama que no se realizan el autoexamen mamario según creencias percibidas respecto a las consecuencias de padecer la enfermedad.

Creencias percibidas respecto a las consecuencias de padecer cáncer de mama.		Pre Intervención	Post Intervención	Mc Nemar
Médico-clínicas	Muerte	69.2	15.3	p<0,0001
	Incapacidad	11.5	5.7	
	Dolor	9.6	3.8	
	Tratamientos médicos	30.7	26.9	
Psicológicas	Afectaciones cognitivas	44.2	9.6	
	Afectaciones conductuales	30.7	15.3	
	Afectaciones afectivas	82.6	76.9	

Sociales	Afectaciones laborales	26.9	11.5
	Afectaciones matrimoniales	75.0	59.6
	Afectaciones familiares	38.4	30.7
	Afectaciones sociales	9.6	7.6
Combinación de creencias	Combinación de creencias médico –clínicas	11.5	7.6
	Combinación de creencias psicológicas	13.4	11.5
	Combinación de creencias sociales	7.6	5.7
	Combinación mixta de creencias.	65.3	46.1
No refiere		0	0

Fuente: Anexo 3

En la tabla 8 aparecen las creencias percibidas de estas mujeres de padecer cáncer de mama. Las creencias de mayor frecuencia fueron las psicológicas y las sociales, seguidas de las médico-clínicas con un 62.9% que expresan o consideran la muerte como condición estrechamente ligada al cáncer. En el caso de las psicológicas predominan las afectaciones afectivas con un 82.6% y las sociales (afectaciones matrimoniales) en un 75.0%. Un total de 45 pacientes ofrecieron combinación de las creencias en tres categorías predominando las mixtas con un 65.3%.

Después de aplicada la Intervención Psicoeducativa se modificaron las creencias respecto a las consecuencias de padecer cáncer de mama aunque las de mayor frecuencia continúan siendo las psicológicas y las sociales, en el caso de las psicológicas predominan las afectaciones afectivas con un 76.9% y las sociales (afectaciones matrimoniales) con un 59.6% con resultados muy altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Tabla 9. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama que no se realizan el autoexamen mamario según severidad percibida.

Severidad percibida	Pre-intervención	Post-intervención	Mc Nemar
Combinación de expresiones valorativas	86.5	46.1	$p < 0,001$
Diagnóstico tardío	44.2	65.3	

Causa la muerte	32.6	44.2	
Tratamientos médicos invasivos	30.7	38.4	
Desconoce su estado de salud	23.0	7.6	
Riesgoso	23.0	9.6	

Fuente: Anexo 3

La distribución de mujeres según severidad percibida se observa en la tabla 9. La combinación de expresiones valorativas estuvo representada por un 86.5%, a pesar que el 100 % de las pacientes refieren que la realización del autoexamen mamario frecuente es de suma importancia para prevenir o diagnosticar el cáncer en etapas tempranas de la enfermedad siendo las más representativas la combinación de diagnóstico tardío y la causa de muerte representadas por un 44.2% y 32.6% respectivamente.

Después de aplicada la Intervención Psicoeducativa disminuyeron los criterios de las mujeres con respecto a la severidad de la enfermedad considerando que la no realización del autoexamen de mama que propicia un diagnóstico temprano, trae como consecuencias el diagnóstico tardío (65.3%) y puede causar la muerte (44.2%) con resultados altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Tabla 10. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer de cáncer de mama que no se realizan el autoexamen mamario según beneficios percibidos.

Beneficios percibidos	Pre-intervención	Post-intervención	Mc Nemar
Beneficioso	90.3	100	$p < 0,0001$
No beneficioso	10.7	0	

Fuente: Anexo 3

En la tabla 10 puede observarse la percepción de los beneficios percibidos de las mujeres con la realización del autoexamen mamario; solo 5 pacientes lo consideran como no beneficioso y el 90.3% ven esta técnica como beneficiosa.

Después de aplicada la intervención psicoeducativa el 100% de la muestra considera que es beneficiosa la realización del autoexamen mamario con resultados muy altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Tabla 11. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama según barreras percibidas respecto a la realización del autoexamen mamario.

Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama según barreras percibidas respecto a la realización del autoexamen mamario.		Pre-intervención	Post-intervención	Mc Nemar
Internas	Temor a un resultado positivo	48.0	9.6	$p < 0,001$
	Traumas anteriores	3.8	1.9	
	Afectación a su salud	21.1	11.5	
	Desconocimiento de la técnica	69.2	5.7	
	Dolor	1.9	0	
	Estados emocionales negativos	9.6	1.9	
	Muerte	13.4	5.7	
	Condición de salud personal	0	0	
	No percibe síntomas.	25.0	15.3	
Externas	Carencia de confianza en el resultado	42.3	5.7	
	Dificultades en las relaciones médico-pacientes	0	0	
Combinación de barreras	Combinación de barreras internas	86.5	13.4	
	Combinación de barreras externas	0	0	
	Combinación de barreras mixtas	71.1	11.5	

Fuente: Anexo 3

Las barreras percibidas respecto a la percepción del examen mamario se reflejan en la tabla 11. Las barreras internas en cuanto al desconocimiento de la técnica y el temor a un resultado positivo fueron las de mayor incidencia con un 69.2% y un 48.0%

respectivamente, el mayor número de combinación de barreras fueron las internas con un 86.58%.

Posterior a la aplicación de la Intervención Psicoeducativa se modificó el desconocimiento de la técnica por parte de las mujeres quedando solo el 5.7% que manifiesta no conocer cómo se realiza la misma y aun el 9.6% sienten temor al resultado positivo. El mayor número de combinación de barreras siguen siendo las internas pero disminuyó al 13.4% donde los resultados son altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Tabla 12. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama según autoeficacia percibida respecto a la realización sistemática del autoexamen mamario.

Distribución de mujeres según autoeficacia percibida respecto a la realización sistemática del autoexamen de mama.	Pre-intervención	Post-intervención	Mc Nemar
Percepción de autoeficacia	90.3	98.1	$p < 0,0001$
Mediana percepción de autoeficacia	9.7	1.9	
No percepción de autoeficacia	0	0	

Fuente: Anexo 3

Los resultados previos a la intervención muestran el predominio de la percepción de autoeficacia en un 90.3 %, después de la intervención la percepción de autoeficacia se incrementó en un 98.1% de estas mujeres. Resultados estos muy altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$). Todo lo descrito queda reflejado en la tabla 12.

Tabla 13. Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama según señales para la acción respecto a la realización sistemática del autoexamen mamario.

Distribución de mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama según señales para la acción respecto a la realización sistemática del autoexamen mamario.		Pre-intervención	Post-intervención	Mc Nemar
Internas	Síntomas físicos	84.6	98.1	$p < 0,0001$
	Conocer su salud	15.4	1.9	
	Experiencia cercana de un familiar que enferme o muera por esta causa	46.1	46.1	
	Orientación médica	30.7	42.3	

Externas	Petición de un familiar o amigo	15.3	13.4
	Campañas de los medios de comunicación	23.0	69.2
No refiere	-	-	-

Fuente: Anexo 3

En la tabla 13 aparece la distribución de mujeres según señales para la acción respecto a la realización sistemática del examen mamario. En este sentido predominan las señales internas, específicamente la presencia de síntomas físicos en un 84,6 %y 98,1% antes y después de la intervención respectivamente, seguidas de experiencia cercana de un familiar que enferme o muera por esta causa como señal externa en un 46.1 % antes y después de la intervención. Los resultados resultaron ser estadísticamente altamente significativos.

Valoración de los encuentros que comprende la Intervención Psicoeducativa

En el encuentro 1la asistencia fue de un 65%, las féminas se sintieron poco motivadas para participar en estas, carecían de conocimientos sobre la importancia de asistir a las capacitaciones, se mostraron poco interesadas por las actividades planificadas, arribando como resultado poca participación en la actividad pero se logró que llegaran a la definición de cáncer de mama y sus principales características y cuadro clínico.

En el encuentro 2la asistencia fue de un 75%, las mujeres se sintieron más motivadas para participar en el mismo, provocando intercambio, reflexiones acerca de los principales factores de riesgo que provocan el cáncer mamario, no obstante estaban con la duda sobre si era importante el tema planteado.

En el encuentro 3 comienzan a sentirse expectantes ante los debates y a sentir la necesidad de asistir a las capacitaciones, lográndose el 100% de asistencia mostrándose preocupadas e interesadas por las actividades planificadas, por lo que la participación fue activa y dinámica logrando los objetivos propuestos de Identificar las enfermedades mamarias más frecuentes y Demostrar la técnica correcta del autoexamen de mama en este último se logró una buena motivación por el acto de aprendizaje.

En el encuentro⁴ las expectativas son mayores, las féminas se sintieron emocionadas y debatían los temas propuestos con satisfacción, proponían, reflexionaban y se dispusieron a brindarle apoyo a otras mujeres que no participaron en la investigación en cualquier momento que lo necesitaran. Aquí se logra un 100% de asistencia y los objetivos propuestos adquiriendo recursos que propiciaron identificar situaciones de vulnerabilidad frente al cáncer de mama y se sensibilizaron sobre cuanto están expuestas a la posibilidad de enfermar de cáncer de mama.

En el encuentro⁵ aumentaron las expectativas, las féminas se sintieron satisfechas con la ayuda recibida para comprender la importancia de realizarse el autoexamen de mama. Se logró el 100% de asistencia y debatían los temas propuestos con satisfacción, proponían, reflexionaban acerca de expresiones valorativas de las féminas que constituyen barreras para la realización del autoexamen mamario y propiciaron alternativas de solución para la realización del autoexamen mamario y ante la posibilidad de un diagnóstico positivo del mismo lográndose así los objetivos propuestos.

En el encuentro⁶ se logró el 100% de asistencia, se sintieron expectantes ante los debates y a sentir la necesidad de realizarse el autoexamen de mama periódicamente, estaban preocupadas e interesadas por las actividades desarrolladas, por lo que la participación fue activa y dinámica logrando el objetivo propuesto ya que estimuló la identificación de recursos personales y sociales para la realización del autoexamen mamario en función de reforzar la autoeficacia y contemplar nuevas señales para la acción.

En el encuentro⁷ la asistencia fue del 100% las mujeres se sintieron muy motivadas para participar en el mismo, pues constituía un examen práctico que fue el autoexamen de mama demostrando todo lo aprendido durante cada encuentro.

Se pudo constatar de forma general que durante la aplicación de la intervención psicoeducativa la efectividad de los encuentros fue muy buena, a partir del tercer encuentro y finalmente se lograron los objetivos propuestos.

Discusión de los Resultados

En esta investigación se observa que el grupo de edades que predominó fue el de 36 a 45 años con 29 mujeres representando el 46.7% del total de la muestra estudiada.

Los resultados coinciden con el estudio realizado en las Tunas por el Dr. Aparicio Meneses⁹⁷ y los realizados en la provincia de Cienfuegos por la Dra. Torres en periodos anteriores^{98, 99}

El nivel de escolaridad que predominó fue el medio superior con un total de 26 pacientes para un 50.0% seguido del superior con 30.7%. Estos resultados coinciden con estudios internacionales del profesor Lass E. en el año 2014, el trabajo publicado por JAMA en 2015^(100, 101) y el realizado por el Dr. Ricardo Ramírez en Santiago de Cuba¹⁰². En nuestra investigación no tuvimos mujeres con nivel de escolaridad primaria.

Los factores de riesgo para padecer de cáncer de mama que predominaron en esta investigación fueron el uso de los anticonceptivos orales con 39 mujeres para un 75%, la menarquía tardía (59.6%) seguido de la lactancia materna mixta con un 69.2%, y la primera paridad después de 35 años con un 44.20%.

Estos resultados no coinciden con los trabajos realizado por el Dr. Pelegrino Reyes de Granma,¹⁰³ así como en los estudios realizados en la provincia de Cienfuegos en periodos anteriores^{99, 104}

Tampoco los resultados son similares a lo encontrado por Peña¹¹⁰ quien en su estudio realizado en el 2017 reconoce a la menarquia precoz con factor de riesgo de cáncer de mama. Se postula que, si la menarquia ocurre antes de los 11 años, hay un riesgo del 10 al 12% mayor de cáncer de mama, y es atribuible a la exposición endógena de las células glandulares mamarias a hormonas esteroideas (estrógenos y progesterona) encargadas

de regular los ciclos menstruales; y a los altos niveles de estradiol durante la adolescencia, que inducen la proliferación del epitelio mamario e incrementan la posibilidad de cáncer¹¹¹.

En cuanto a la paridad los resultados fueron similares a los encontrados por Peña¹¹⁰ donde señalaron que la nuliparidad se relacionó con el incremento del riesgo de cáncer de mama. Por otro lado, los resultados obtenidos por este autor muestran que la multiparidad es un factor protector de cáncer de mama (OR: 0,379; IC95%= 0.197-0.727; p= 0.003), resultado contrario al aportado por Chacaltana¹¹² en el estudio que realizó con el objetivo de determinar cuáles son los factores de riesgo modificables en el cáncer de mama, donde encontró que la multiparidad (OR=1.29) es un factor de riesgo para el cáncer de mama. Sin embargo, se reconoce que el riesgo de cáncer de mama se reduce en un 7% por cada hijo en las mujeres, según lo señalado por Molina¹¹¹

Respecto a lactancia materna los resultados fueron similares a lo encontrado por Chacaltana¹¹², quien señala que la lactancia materna disminuye el riesgo de cáncer de mama, en especial si una mujer amamanta durante más de 1 año. Estos resultados se asemejan a lo reportado por Aguilar Cordero et al.¹¹³ en su estudio que tuvo como objetivo el conocer los factores de riesgo de las mujeres con cáncer de mama, encontraron que la lactancia materna, practicada durante los primeros meses de vida del bebé, se manifestó como un factor protector de padecer esta enfermedad. Molina¹¹¹ menciona que cada año de lactancia se disminuye el riesgo de cáncer de mama en un 4,3% y el efecto protector se da por la inducción de la diferenciación del epitelio mamario que la hace menos susceptible a carcinógenos ambientales y por la ausencia de ciclos ovulatorios con sus respectivos efectos hormonales.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos resultados similares encontraron Guerra C., et al.¹¹⁴, en la que el 31.6% de las pacientes tenían como factor de riesgo el uso de anticoncepción oral, de igual manera De la Cruz Vargas et al.¹¹⁵, hallaron que el uso de los anticonceptivos orales estaba vinculado con el aumento del riesgo de cáncer de mama. Cabe destacar que la relación encontrada entre el uso anticonceptivos orales y cáncer de mama, muestra un ligero incremento de riesgo de cáncer de mama; lo que parece indicar que hay otros factores de riesgo asociados, como probablemente el polimorfismo genético relacionado con este metabolismo.

Con relación a los antecedentes patológicos personales la displasia ocupó el mayor % (38.4) con 20 mujeres que tuvieron este diagnóstico y los antecedentes patológicos familiares por línea materna fueron los predominantes con un total de 43 mujeres para un 82.6%; datos estos que coinciden con lo reportado por el Dr. González Blanco de Venezuela,¹⁰⁵ y la literatura nacional consultada por la autora.^{106, 102, 103,1}

En relación al conocimiento y aplicación del autoexamen de mama el 61.6% de la muestra estudiada lo conoce pero no lo aplica, mientras que el 38.4% desconoce este proceder, resultado este que coincide con la investigación realizada por la Dra. Torres.^{26,} así como el de la Dra. Berchi Aguilar, ambas de la provincia de Cienfuegos¹⁰⁶ y el estudio del Dr. Álvarez Hernández.⁽¹⁰⁷⁾

Es evidente el predominio de la ausencia de la susceptibilidad percibida sobre el cáncer de mama (73.1), y se expresa en frases tales como:

...” Yo no me siento nada ni me toco ninguna bolita por eso sé que no tengo cáncer”....

...”No puedo pensar que me toque la mala suerte, por qué me tiene que tocar a mí”...

...” Yo no creo que sea la primera en mi familia porque nadie se ha enfermado de cáncer”....

...” Iré al médico cuando me sienta algo”...

Las féminas asocian la posibilidad de padecer de cáncer de mama solo por causas hereditarias y fundamentalmente con la presencia de síntomas (73.1) lo que demuestra que tienen un conocimiento insuficiente respecto a los factores de riesgo y la sintomatología, especialmente en etapas tempranas de la enfermedad.

Estos resultados resultan muy semejantes a lo planteado por Rosario Valdés Caraveo en una entrevista realizada el 1 de junio del 2007 en el Congreso Europeo de Psicología donde plantea que una de las creencias típicas que se refleja en la actitud de algunas mujeres es pensar que “a ellas nunca les va a tocar”, esa actitud de que a mí no me pasa nada es un factor de resistencia a enfermarse. Otra de las creencias es que debe acudir al médico solo cuando esté enfermo.¹⁰⁸

Las pacientes valoran el cáncer de mama como una enfermedad terrible (20) representando el 38.5%, que causa la muerte (12) con un 23.0%. Las valoraciones que hacen las féminas de la enfermedad y su sistema de creencias en general, están muy

relacionadas con el sentido que le atribuye a la enfermedad, generalmente vinculada con la muerte y el sufrimiento.¹⁰⁹

Después de aplicada la Intervención Psicoeducativa las valoraciones de las féminas fueron diferentes pues cambio su modo de pensar con respecto a la enfermedad pues el 88.4% considera que es una enfermedad maligna pero que la persona puede rehabilitarse que posibilite aumentar la esperanza de vida con resultados muy altamente significativos estadísticamente.

En este caso, se coincide con el estudio de Han, Grothuesmann, Neises, Hille y Hillemanns¹¹⁶ donde se considera que el cáncer de mama no es una enfermedad grave y es una de las más alentadoras para aumentar la esperanza de vida.

Los avances científico- técnicos de las ciencias médicas para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por cáncer son alentadores y están orientados a realizar diagnósticos más oportunos en etapas más tempranas de la enfermedad en función de tratamientos médicos menos invasivos para el aumento de la esperanza y calidad de vida de estos pacientes, así como su reincorporación social. Aun así por lo general esta entidad clínica maligna es asociada por la población al sufrimiento, el dolor, las mutilaciones, la discapacidad y la muerte.

Las creencias acerca de padecer cáncer de mama de mayor frecuencia fueron las psicológicas y las sociales, seguidas de las médico-clínicas con un 62.9% que expresan o consideran la muerte como condición estrechamente ligada al cáncer. En el caso de las psicológicas predominan las afectaciones afectivas con un 82.6% y las sociales (afectaciones matrimoniales) con un 75.0%. Un total de 45 pacientes ofrecieron combinación de las creencias en tres categorías predominando las mixtas con un 65.3%.

Después de aplicada la Intervención Psicoeducativa se modificaron las creencias respecto a las consecuencias de padecer cáncer de mama aunque las de mayor frecuencia continúan siendo las psicológicas y las sociales, en el caso de las psicológicas predominan las afectaciones afectivas con un 76.9% y las sociales (afectaciones matrimoniales) con un 59.6% con resultados muy altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Nuestros resultados coinciden con lo planteado por Camacho Marrero; su estudio revela que el enfermar de cáncer de mama es un peligro para su relación con su novio o compañero.¹⁰⁸

Atendiendo a las creencias que tienen las pacientes en relación a las consecuencias de padecer de cáncer de mama en la dimensión psicológica las alteraciones más referidas se encuentra en la esfera afectiva.^{109, 110}

Un estudio realizado por Salonen et al.¹¹⁷ obtuvo resultados similares al nuestro pues las alteraciones más referidas por las mujeres fueron las de la esfera afectiva.

La autora opina que el cáncer tiene una enorme connotación psicosocial y genera un impacto emocional negativo en las pacientes afectadas. Las conductas médicas para el tratamiento de esta entidad en la mayoría de los casos son intervenciones quirúrgicas, la quimioterapia y radioterapia que generan alteraciones psicológicas como la ansiedad, tristeza, el estrés, baja autoestima y afectaciones en la imagen corporal principalmente.

La combinación de expresiones valorativas estuvo representada por un 86.5%, a pesar que el 100 % de las pacientes refieren que la realización del autoexamen mamario frecuente es de suma importancia para prevenir o diagnosticar el cáncer en etapas tempranas de la enfermedad siendo las más representativas la combinación de diagnóstico tardío y la causa de muerte representadas por un 44.2% y 32.6% respectivamente.

La severidad percibida respecto a la no realización del autoexamen mamario ofreció como principal consecuencia el diagnóstico tardío.

La causa de muerte fue la segunda en frecuencia en nuestro estudio. Es evidente que una de las preocupaciones del ser humano en la mayoría de las sociedades y a lo largo de la historia ha sido la muerte incorporándose al mundo simbólico diferentes interpretaciones pero que en esencia todas radican en el fin de la existencia en el mundo real y las repercusiones familiares.⁽¹¹⁰⁾

Después de aplicada la Intervención Psicoeducativa disminuyeron los criterios de las mujeres con respecto a la severidad de la enfermedad considerando que la no realización del autoexamen de mama que propicia un diagnóstico temprano, trae como consecuencias el diagnóstico tardío (65.3%) y puede causar la muerte (44.2%) con resultados altamente significativos estadísticamente.

Resultados similares muestra el estudio publicado por Vivar¹¹⁸ donde las féminas consideran que realizándose el autoexamen de mama propicia un diagnóstico temprano.

Teniendo en cuenta la percepción de los beneficios percibidos con la realización del autoexamen mamario solo 5 pacientes lo consideran como no beneficioso y el 90.3% ven esta técnica como beneficioso.

Después de aplicada la Intervención Psicoeducativa el 100% de la muestra considera que es beneficiosa la realización del autoexamen mamario con resultados muy altamente significativos estadísticamente.

Estos resultados también coinciden con investigaciones realizadas por Camacho Marrero¹⁰⁸ donde plantea que la totalidad de las mujeres encuestadas en de acuerdo con los beneficios que ofrece el autoexamen mamario mensualmente ya que se pueden encontrar protuberancias o masas que podrían ser cáncer antes de que sean detectadas por un doctor o una enfermera.

El diagnóstico del cáncer de mama en estadios iniciales se traduce en evitar la muerte por esta causa, tratamientos médicos menos invasivos, pronóstico médico favorable, reincorporación social y en mayor tiempo de supervivencia.

Las barreras internas en cuanto al desconocimiento de la técnica y el temor a un resultado positivo fueron las de mayor incidencia con un 69.2% y un 48.0% respectivamente, el mayor número de combinación de barreras fueron las internas con un 86.58%. Como fue abordado anteriormente la población demanda de los servicios de salud una vez enfermos, cuando aparecen síntomas que lo movilizan. La ausencia de síntomas se convierte en una barrera para acudir a tamizaje, mientras que un resultado significativo de esta investigación es que la principal señal para la realización del mismo es la aparición de síntomas físicos. Tomando en consideración que el cáncer representa para las personas la exposición a una situación difícil, indeseada, estresante con repercusiones negativas para el paciente que la padece y su familia, esto condiciona que las personas experimenten sentimientos de temor y miedo ante la expectativa de un resultado positivo.¹⁰⁹

Posterior a la aplicación de la Intervención Psicoeducativa se modificó el desconocimiento de la técnica por parte de las mujeres quedando solo el 5.7% que manifiesta no conocer cómo se realiza la misma y aun el 9.6% sienten temor al resultado positivo. El mayor

número de combinación de barreras siguen siendo las internas pero disminuyó al 13.4% con resultados altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Estos resultados coinciden con los realizados por Iribar¹¹⁹ y Pardo¹²⁰ en cuyas investigaciones solo el 10% de las mujeres sienten temor al resultado positivo del examen de mama.

La autora refiere que existe un franco predominio de percepción de la autoeficacia desde el proceso de diagnóstico de la investigación (pre- intervención) ya que la realización de este proceder no es una limitante ya que no necesita materiales para su realización y si ofrece gran importancia para su salud.

A pesar de los resultados en la pre- intervención, después de la intervención los mismos fueron modificados aumentando la percepción de autoeficacia a un 98.1% con resultados muy altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Los síntomas físicos tanto en la pre como en la post intervención muestran naturalmente es el primer indicio de que algo anda mal y por tanto constituye en este caso el principal motivo que inicia, direcciona y mantiene las acciones de las pacientes para realizarse el autoexamen mamario y por tanto satisfacer una necesidad como es saber que tienen o no, todo en correspondencia con los elementos estructurales y funcionales de la actividad como categoría intrínseca del ser humano. Además de estos resultados junto a los discutidos anteriormente se infiere que el grupo estudiado valora de manera principal la atención curativa donde se incluye el diagnóstico y delega a un segundo plano las preventivas y las promocionales con resultados muy altamente significativos estadísticamente ($p < 0,0001$).

Estos resultados son similares a los estudios realizados en Camagüey por Virella¹²¹ donde los síntomas físicos son el primer indicio que existe algún problema de salud.

Conclusiones.

El Programa de Intervención Psicoeducativa aplicado demostró ser válido y exitoso, a medida que modificó favorablemente los conocimientos en las féminas mayores de 25 años sobre el autoexamen mamario, además provocó un intercambio de conocimientos afectivo entre todas las participantes. La aplicación del Programa de Intervención Psicoeducativa demostró que las féminas aprendieron acciones para una adecuada realización del autoexamen mamario y ante la posibilidad de un diagnóstico positivo lo que permitirá incorporar estos a la familia para lograr adecuados estilos de vida.

Recomendaciones.

1. Por la importancia que reviste el autoexamen de mama, se recomienda hacer extensiva la aplicación de este Programa de Intervención Psicoeducativa a otras áreas de salud.
2. Evaluar nuevamente los resultados de esta investigación luego de seis meses o un año para evaluar el impacto de esta intervención.

Referencias bibliográficas

- 1- Cavalli F. Reseña histórica del cáncer La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 5-6
- 2- 2-Torres-Aja L. Comportamiento del cáncer de mama en la provincia de Cienfuegos. Quinquenio 2007-2011.Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2013 Oct 2];

- 3(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en:<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/141>.
- 3- González/del/Pino/ M. González-Cano N.González/González M. Quiste gigante de mama. Presentación de un caso. Medisur [revista en Internet].2013 [citado 2018 abril 10]; 11(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2309>
 - 4- Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., Rosso S., Coebergh J.W.W., Comber H., et al: Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cáncer 2013; 49: pp. 1374-1403
 - 5- Aspectos clínico-epidemiológicos en pacientes tratados quirúrgicamente por enfermedad mamaria. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2013; 19(3).
 - 6- Pelegrino Reyes R, Velázquez Matos L, Pelegrino Velázquez B. Cáncer de mama en pacientes femeninas de Granma: 1992-2011. MULTIMED; 2014; 18(2).
 - 7- Galicia/Rodríguez L, Cervantes/Becerra R., et al. Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. Rev. Panam Salud Pública. 2014; 35(3):172–8
 - 8- Navarro B. Estratificación de la mortalidad por cáncer de mama, colon y pulmón en población femenina. Medi-centro Electrón [Internet]. 2012; 16(3)
 - 9- Colina Ruiz F., Pilas Pérez M., Lora Pablos D. Análisis de la supervivencia del cáncer de mama durante el decenio 1999-2008 en un Hospital Público de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica. 2012; 86 (6).
 - 10-Engel JM. Stankowski/Drengler TJ. Stankowski RV.Liang H. Doi SA. Onitilo AA. All-cause mortality is decreased in women undergoing annual mammography before breast cancer diagnosis. AJR Am J Roentgenol. 2015; 204(4):898-902.
 - 11-Núñez Copo AC. Frómeta Montoya CI. Rubio González T. Factores ambientales y genéticos asociados al cáncer de mama en féminas del área de salud "28 de Septiembre". MEDISAN 15(2) Santiago de Cuba feb. 2011.
 - 12-Espie M. Hamy A.S. Eskenazy S. Cuvier C. Giacchetti S. Epidemiología del câncer de mama. EMC. Ginecologia-Obstetricia. 2013 ,49(1):1-9
 - 13-Aparicio Meneses LM. Hernández Méndez O. Toranzo Leyva D. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de mama en las pacientes del Policlínico Guillermo Tejas Las Tunas. Rev. Electrón; 2014; 39(5).

- 14-Calzado Begué D. de la Torre Rosé M.V. Nicó García M; Dorado Nicó L; Calvo Calzados M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama (revisión bibliográfica). Rev. Inf. Cient. 2014; 83(1):131-143.
- 15-Pla Acebedo ME.León Acebo M; Ortiz González LM.et al. Comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres adultas mayores. Rev Electrón; 2014; 39(3).
- 16-Medina Pérez V .M/ Navarro Otero M.C/ Rodríguez Gómez M.A. Carcinoma ductal infiltrante de mama en el hombre. Presentación de un caso. Rev Medisur.2015; 13(2)
- 17-Torres Aja L. Caballero Aja N. Cáncer de mama masculino: estudio de 36 años. Comportamiento en la provincia de Cienfuegos. Rev. Finlay.2016; 6(4)
- 18-Al-Naggar RA. Al-Naggar DH “Perceptions and opinions about male breastcáncer and male breast self-examination: a qualitative study.” Asian Paca J Cáncer Prev.2012; 13(1)
- 19-Anuario estadístico de salud. 2016. Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana 2017.
- 20-Torres Aja L. Sarcoma primitivo de mama. Presentación de un caso. Rev. Finlay 2013; 3(2)
- 21-Torres Aja L. Sarcomas primitivos de mama, estudio de 29 años. Rev. Medisur 2011; 9(2).
- 22-Programa integral para el control del cáncer de mama. Cáncer de mama, guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento.La Habana Editorial Ciencias Médica. ;2013 ISBN-978-959-212-8170.
- 23-Peña Guerra E, Fonseca Peña A, Meireles Aldana N. Evaluación y control de los estados emocionales en pacientes con cáncer de mama. Multimed[revista en internet]. 2012 [citado 12 de febrero 2015]; 16(3). Disponible en:<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-3/3.html>
- 24-Gómez de Benítez E, Somadio M. Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social. MemInstInvestigCienc Salud. [Internet]. 2014[citado 2015 Abr 20]; 12(2):43–58. Disponible en:<http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/44>

- 25-Guedes M. D'Almeida Miranda M.Sánchez Maziero E. FratesCauduro F.,Drehmer de Almeida Cruz, E. Adhesión de los profesionales de enfermería a la higienización de las manos: un análisis según el Modelo de Creencias en Salud. *Cogitare Enfermagem*. [Internet]. 2012 [cited 2014 Sep 29]; 17(2):304–309. Disponible en: <https://translate.google.com/cu/translate?hl=es>
- 26-Torres Aja L. “Municipalización de la Mastología, una vía para la atención integral de pacientes con cáncer de mama”. Tesis doctoral. 2014. Disponible en repositorio de tesis doctorales.
- 27-Saade M.J. Anomalías congénitas y adquiridas de la glándula mamaria. *Gac. Med. Caracas*.2013; 121(1):23-
- 28-Castellanos A. Anomalías congénitas de las mamas. *El Sol de México* [revista en Internet]. México D.F. 2012 [citado 15 Sep 2016]; Disponible en: <http://diariodelsur.com.mx/elsoldemexico/notas/n2615823.htm>
- 29-Patil L.G. Shivanna N.H. Benakappa N.RavindranathH. Bhat R. Congenital amastia. *Indian J Pediatr*. 2013; 80(10):870-1
- 30-Torres Aja L. Caballero Aja N. Síndrome de Poland. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev.Finlay*.2016; 6(4).
- 31-Francone E,Nathan M.J.,Murelli F., Bruno M.S.,Traverso E.Friedman D. Ectopic breast cáncer: case report and review of the literatura. *AestheticPlastSurg*. 2013; 37(4):746-9.
- 32-Torres Aja L. Cáncer injertado en tejido mamario ectópico. *Revista Finlay*.2012; 2(1):48-50.
- 33-Gómez Moyano, E. Vera Casaño, Á.Martínez Pilar, L.Sanz Trelles, A.Crespo Erchiga, V. Paniculitis infecciosa por *Pseudomonasaeruginosa*Med. clín 2011;136(2):90.
- 34-Castro Barba M.Cobos Bombardiere MP. Sarquis F. Luna G., Miller B. Lesiones benignas de mama que pueden simular un carcinoma en estudios imagenológicos. *Rev Argent Radiol* [revista en Internet]. 2011 75 (1): [aprox. 14p]. Availablefrom: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-22011000100007.
- 35-Sarquis F.Luna G.Miller B. Lesiones benignas de mama que pueden simular un carcinoma en estudios imagenológicos. *Rev Argent Radiol* [revista en Internet]. 2011; 75 (1).

- 36-MartínezMiravete P., Extano J., Zalazar R. Características de los tumores adicionales detectados en tomosíntesis de mama, nuestra experiencia. Rev. Senol patol mamar.2015 (1):11-16
- 37-Nieto Maestre M.Velazco Osés A.Aragón Martinez J. Carcinoma ductal infiltrante de mama totalmente calcificado. Rev. senol. patol. mamar. 2013; 26(2):73-74.
- 38-Cazorla Betancourt M. Reyes Rodríguez M.I.Santiago Ojeda L.Jiménez Medina M.C. García Hernández J.A. Carcinoma de células pequeñas de mama. Prog.obstet. ginecol. 2014; 57(4):176-179.
- 39-Zygogianni AG. Kyrgias G. Gennatas C. Ilknur A. Armonis V. Tolia M."et al" "Male breast carcinoma: epidemiology, risk factors and current therapeutic approaches" "<http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?lslScript=../cgi-> .2012;13(1):15-9.
- 40-Sáez Peña N.JosepmillySantoya L. Lastra J.Márquez P. MesberC.Carcinoma papilar intraquistico asociado a adenocarcinoma ductal infiltrantes en un hombre. Rev. Venez. Oncol. 2013; 25(2):113-116.
- 41-Bas Pereda A. Rodríguez Feliz T. Arias Rodríguez L. C. Rodríguez. Enfermedad de Paget de la mama, presentación de un caso. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta. 2014:39(7)
- 42-Torres Aja L. Enfermedad de Paget de la mama en hombre, presentación de un caso. Rev. Finlay.2014; 4(1)
- 43-Torres S.Acevedo J.C. Aguirre B. Aliaga N, DagninoGutiérrez J. et al. Estado del arte el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Rev MédicaClínica Los ´Condes.2013; 24(4):588-609
- 44-Jin J. Breast cancer screening: benefits and harms. JAMA. 2014; 312(23):2585.
- 45-Bantema-Joppe EJ. de Bock GH. Woltman-van Iersel M. Busz DM. Ranchor AV. The impact of age on changes in quality of life among breast cancer survivors treated with breast-conserving surgery and radiotherapy. Br J Cancer. 2015; 112(4):636-43.
- 46-Canet Heredia A, Tamayo Agüero A, García González R, et al. Signos de alerta del cáncer en el adulto mayor. Rev Electrón. 2012; 37(3).
- 47-Oliva Anaya CA. Cantero Ronquillo HA. García Sierra JC. Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. Revista Cub de Cirugía 2015; 54(3)274-284

- 48- Chacaltana A. Guevara G. Factores de riesgos modificables en pacientes con cáncer de mama. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2003[citado 1º de septiembre de 2011]; 16(2):69-73. Disponible en:<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n2/pdf/a04.pdf>
- 49- Pla Acebedo ME. León Acebo M. Ortiz González LM. Comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres adultas mayores. Rev Electron. 2014; 39(3)
- 50- Braun L. Tsai J. Ucik L. Racial and ethnic differences in breast cancer diagnosis and survival. JAMA. 2015; 313(14):1475.
- 51- Key TJ. Appleby PN. Reeves GK. Roddam AW. Helzlsouer KJ. Alberg AJ. et al. Circulating sex hormones and breast cancer risk factors in postmenopausal women: reanalysis of 13 studies. British Journal Cancer 2011; 105 (5): 709-22.
- 52- González Blanco M. Factores de riesgo, prevención y despistaje del cáncer de mama. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2015; 75(2):75-80
- 53- Castañeda Guerrero CY. Céspedes Hernández Y. Selema Guerra D, et al. Pesquisa de cáncer de mama por Mamografía. Hospital Celia Sánchez Manduley, Enero 2010-2011. MULTIMED. 2014; 18(1).
- 54- Esteves de la Torre E; Tamayo Hernández L. Aguilar Muñoz L. Rosales Labrada R. Moraques Vuelta E. Rodríguez Infanzon O.L. Biopsia guiada por ecografía en lesiones malignas de la mama. Correo Científico Médico. 2012; 16(2).
- 55- Oliva Pérez G, Casado Méndez PR; Fonseca Mesa Y; Ferrer Magadán CE; Núñez Betancourt L. Correlación ecográfica, citológica y mamográfica en el diagnóstico del cáncer de mama. Rev. Arch Med Camagüey 2015; 19(2).
- 56- De la Nuez Cobas E. Pérez Beltrán E. Berland de León N, et al. Caracterización imagenológica y citológica en la neoplasia de mama. Rev. Cubana med, 2011; 50(2).
- 57- Nápoles López JL. Ricardo Hijuelos E. López Andino WM. Pesquise del Cáncer de mama. Consulta de Cirugía. Centro Diagnóstico Integral Wilfredo C
- 58- Fortea Sanchis C. Martínez Ramos D. Escrig Sos J. Laguna Sastre J.M. ¿Una nueva revolución en el tratamiento del cáncer de mama? Cirugía española 2012; 90(1):68-69.
- 59- Guerrero JJ. Rodríguez Menéndez M. Montejo Viamontes N. et al. Cáncer de mama: guía de práctica clínica en diagnóstico y tratamiento. En programa integral para el control del cáncer en Cuba. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 2013.

- 60- Goldhirsch A J. Ingle ND, Gelber. Thresholds for therapies: highlights of the ST. Gallen International Expert Consensus on the primary therapy of breast cancer. *Ann. Oncol.* 2011; 20:1319-1329.
- 61- Sánchez Portela J. Verga Tirado B. Cáncer de mama: ¿es posible prevenirlo? *Rev. Cienméd Pinar Rio.* 2011; 15(1),
- 62- Pérez Hechavarria GA. Álvarez Cortés JM. Selva Capdesuñer A. Guilarte Selva OT. Pérez Hechavarria AR. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. *MEDISAN [Internet].* 2011 15(6)436-443.
- 63- Peralta M.O. Cáncer de mama: estrategias de prevención y vigilancia según nivel de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2011; 22(4):
- 64- Díaz Garcia N. Cuadrado Rouco C. Vich P. Alvarez Hernandez C. Brusint B. Redondo Margüello E. Actualización del cáncer de mama en atención primaria. *V/V Medicina de Familia.* 2015; 41(2):76-88.
- 65- Román M., Rué M., Sala M., Asuncion N., Baré M., Baroja A., et al: Trends in detection of invasive cancer and ductal carcinoma in situ at biennial screening mammography in Spain: A retrospective cohort study. *PLoS One* 2013; 8: pp. e83121
- 66- Millet A. Evangelio B. Leal A. Burgués O. Tratamiento conservador en pacientes con cáncer de mama multicéntrico. *Progresos en Obstetricia y Ginecología.* 2011; 54(2)
- 67- Hernández Durán D. Díaz Mitjans O, Abreu Vázquez MR. Un análisis de largo plazo del comportamiento de la cirugía conservadora del cáncer de mama. *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* 2012; 38 (1).
- 68- Wong P., Lambert C., Agnihotram R.V., David M., Duclos M., and Freeman C.R.: Ductal carcinoma in situ--the influence of the radiotherapy boost on local control. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012; 82: pp. e153-e158.
- 69- Giraldo Mora. C. V. Arango Rojas M. E. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Invest. Educ. Enfer.* 2009; 27(2):191-200. Disponible en: http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/5103/1/GiraldoClara_RepresentacionesAutocuidadoCancerMama.pdf
- 70- Lippman ME. Cáncer de mama. In Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci A, Longo DL, Loscalzo J. *Principios de Medicina Interna.* Mexico D.F: McGrawHill; 2016. p. 523.

- 71- Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>
- 72- Yépez-Ramírez D. de la Rosa AG., Guerrero-Albarrán C., Gómez-Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012;20 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122d.pdf>.
- 73- Martínez Muñoz L. Valoración del Conocimiento del autoexamen de mama en mujeres en edad reproductiva del Policlínico Bernardo Posse. Scielo. 2012; 11(3).
- 74- Manrique Abril Fred ODJVFN. Factores asociados a la práctica correctadel autoexamen de mama en mujeres de Tunja. InvestEducEnfer. 2012;30(1).
- 75- González Suarez MA. Reina Suárez ME. De Armas García JO. Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes oncológicos avanzados, Rodas 2014. Convención Salud. [Internet]. 2015[cited 2014 Sep 29]: 511-781. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/download/1511/781>
- 76- Montiel Carbajal M, Domínguez Guedea M. Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. Rev Latinoamericana de Medicina Conductual [Internet]. 2011 [citado 29 de marzo 2015]; 1(2): 7-18. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rImc/article/view/19242/23504>
- 77- Calviño M. Orientación psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple. 2ed. Ciudad de La Habana: Editorial Félix Varela; 2005
- 78- Pérez Núñez D., García Viamontes J., García González TE., Ortiz Vázquez D. Centelles Cabrerías M. Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen

Integr [Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Mar 17]; 30(3): 354-363. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>

- 79- Hernández Martínez H. Modelo de creencias de salud y obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara [Tesis]. [Guadalajara]: Alcalá; 2010 Disponible en:<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9024/TESIS%20HELENA%20HERNANDEZ%20MARTINEZ.pdf?sequence=1>
- 80- Reyes Fernández B. ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica. Rev Reflexiones [Internet]. 2011[cited 2014 Sep 29]; 90(1):87– 104. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72918776005>
- 81- Salamerca A, Giraldo C. Modelo cognitivo y cognitivo sociales en la prevención y promoción de salud. Rev Vanguardia de Psicología Clínica, Teórica y Práctica [Internet]. 2012 [cited 2014 Sep 29]; 2(2):185– 202. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815140.pdf>
- 82- Moreno San Pedro E.Roales Nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en salud. Rev Internacional de Psicología y Terapia Psicológica [Internet]. 2003 [citado 9/5/2015]; 3(1): 91-109. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
- 83- Cruces Ramírez G. Adaptación transcultural y validación del Cuestionario de Creencias en Salud Oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos [Tesis]. [Santiago. Chile.]: Universidad de Chile; 2014. 62 p. Disponible en:<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130194/Adaptaci%F3n-transcultural-y-validaci%F3n-del-Cuestionario-de-Creencias-en-Salud.pdf?sequence=1>
- 84- 84-Montiel Carbajal M. Domínguez Guedea M. Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. Rev Latinoamericana de Medicina Conductual [Internet]. 2011 [citado 29 de marzo 2015]; 1(2): 7-18. Disponible en:<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/19242/23504>

- 85- Meseguer M., Soler Ml., García Izquierdo M. El papel moderador de la autoeficacia profesional entre situaciones de acoso laboral y la salud en una muestra multiocupacional. Anal. Psicol [Internet]. 2014 Mayo [citado 2016 Mar 17]; 30(2): 573-578. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>.
- 86- Cabrera G. Tascón J., Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2001[citado 2016 Mar 17]; 19(1):91–101.Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12019107.pdf>
- 87- OPS. Organización Panamericana de la Salud.[Online].; 1978 [cited 2015Agosto 10. Available from:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1904.
- 88- OMS. Organización Mundial de la Salud.[Online].; 2012 [cited 2016Junio 13. Available from:<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
- 89- <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-lasalud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>. [Online]. 2016; 2015 [cited 2016 Octubre 11. Available from:<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-lasalud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>.
- 90- Pere Marquès. El software educativo. [monografía en la Internet] ; 2006 [citado 2007 Enero 2]. Disponible a partir de: http://www.lmi.ub.es/te/any06/marques_software/#capitol1.
- 91- Rodríguez Lamas, R. Introducción a la informática educativa. La Habana; 2002: 12-24.
- 92- Pérez Jarauta MJ., Echaurren M., Ancizulrure E., Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud Navarra: Gobierno de Navarra; 2006.
- 93- OMS OPS. Detección Temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas. Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Report No.: DisponibleEn:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman

- 94- Crespo Borges, T. Dieciséis respuestas a preguntas sobre el criterio de expertos en investigaciones pedagógicas. Lima: Editorial: San Marcos; 2007
- 95- Fernández-Ballesteros R. Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de caso. [s.n]: Editorial Pirámide; 2005.
- 96- Rebolledo S. Lobato M J. Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. Barcelona: Fundación Camí; 1998.
- 97- Aparicio Meneses LM. Hernández Méndez O., Toranzo Leyva D. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de mama en las pacientes del policlínico Guillermo Tejas Las Tunas. Rev. Electrón. 2014; 39(59).
- 98- Torres-Aja L. Comportamiento del cáncer de mama en la provincia de Cienfuegos. Quinquenio 2007-2011.Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2018 marzo 2]; 3(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en:<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/141>.
- 99- Laas E. Mallon P. Delomenie M. Gardeux V. Are we able to predict survival in ER positive HER2-negative breast cancer? A comparison of web-based models.Br J Cancer. 2015 Mar 3; 112(5):912-7.
- 100- JAMA.2014 Dec 17; 312(23):2585. Braun L, Tsai J, Ucik L. Racial and ethnic differences in breast cancer diagnosis and survival. JAMA. 2015; 313(14):1475.
- 101- Ricardo Ramírez, J. M. Rodríguez Rodríguez, R.D. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud. Medisan. 2012; 16 (7)
- 102- Pelegrino Reyes R. Velázquez Matos L. Pelegrino Velázquez B. Cáncer de mama en pacientes femeninas de Granma: 1992-2011. MULTIMED; 2014; 18(2).
- 103- Torres Aja: Cáncer de mama, caracterización durante el decenio 1996.2005Revista Electrónica Medisur 2007; 5(3)
- 104- González Blanco M. Factores de riesgo, prevención y despistaje del cáncer de mama. Rev. Obstet. Ginecol. Venez . 2015; 75(2):75-80

- 105- Berchi Aguilar A. Torres Aja L. Bernal Valladares E.J. Collazo Cuellar D. Caballero Aja N. Supervivencia de pacientes con cáncer de mama a diez años de la cirugía. Rev. Medisur. 2016; 14(5).
- 106- Álvarez Hernández C. Brusint B. Vich P. Díaz García N. Cuadrado Rouco C. Hernández García M. Actualización del cáncer de mama en la atención primaria IV-V. Medicina de Familia. 2015; 41(1):34-37.
- 107- Camacho Marrero A. L. Programa de maestría en enfermería: cuales son las creencias y barreras en mujeres en edad reproductiva que influyen en la prevención del cáncer de mama, así como el empleo del autoexamen mamario. Mayo 2017
- 108- Rodríguez Arce M. Como afronto el cáncer. Cuba. Editorial Oriente; 2013: 231p
- 109- Montiel Castillo V. E. Álvarez Reyes O.L. Guerra Morales V. M. Herrera Jiménez L.F. Fernández Castillo E. Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. MEDISAN 2016; 20(2):184
- 110- Peña Y. Maceo M. Ávila D. Utria L. Más Y. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. Revista Finlay 2017 7:4 ISSN 2221-2434
- 111- Molina E. Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. Hacia Promoción Salud. Caldas. 2016;11:11-9
- 112- Chacaltana A. Guevara G. Factores de riesgo modificables en pacientes con Cáncer de Mama; [Internet]; 2017 [citado 7 Jun 2019]; Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n2/pdf/a04.pdf>
- 113- Cordero/ A. Sánchez. N. López/ P. Ramírez, P. Rillo, G. López, S.; Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México; Nutrición hospitalaria [Internet]. 2018 [citado 14 Jul. 2020];27:1631-1636. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n5/38original29.pdf>
- 114- Guerra C., Ávalos M., Gonzales B., Salas R., Sosa L. Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama en una unidad de atención primaria; Revista de la Escuela de Medicina “Dr. José Sierra Flores”; 2017 27(1).
- 115- De la Cruz Vargas J. Arceo M. Ocaña H. Obesidad y cáncer de mama. Universidad Autónoma del Estado de México, Repositorio Institucional 355, 2020
- 116- Han J., Grothuesmann D., Neises M. Hille U. Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. ArchGynecolObstet [Internet]. 2019 Jul

[Consultado el 17 de diciembre de 2020]. 282(1):7582. Disponible en:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404009-1302-y>

- 117- Salonen P., Tarkka MT., Kellokumpu-Lehtinen PL. Koivisto AM. AstedtKurki P. Kaunonen M. Individual face-to-face support and quality of life in patients with breast cancer. *Int J NursPract.* 2017 Aug;17(4):396-410. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01948.x.
- 118- Rodríguez/ E/ Font/ A. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *PSICOONCOLOGÍA* [Internet]. 2019 [Consultado el 22 de noviembre de 2020]; 10(2-3): 275287. ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449.
- 119- Iribar Z. Diagnóstico de enfermedades de las mamás en un sector del médico de la familia. 2009; 4 (1): 3 – 8.
- 120- Pardo S. Modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad. 2011; 15 (1):92 - 99
- 121- Virella M. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. *Camagüey.* 2010; 14 (1): 5 – 11.

Anexos

Anexo 1.

Consentimiento informado.

Fecha_____.

Estimada paciente:

Mediante este documento pedimos su colaboración voluntaria para participar en un estudio que auspicia la Dirección Municipal de salud del municipio de Cruces con el objetivo de aplicar una intervención psicoeducativa para influir en aspectos cognitivos, motivacionales, y comportamentales en mujeres que no se realizan el autoexamen de mama a pesar de tener factores de riesgo presentes de padecer cáncer mamario. Usted ha sido seleccionada para conformar nuestro universo, es completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio. Se le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Si acepta participar tiene el derecho de abandonar el estudio en el momento que desee o de rechazar cualquier tópico que le resulte incómodo. Su decisión no le afectará en nada. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, le rogamos nos lo indique.

Declaración voluntaria:

Yo: -----.

He entendido el propósito de esta investigación y he tenido la oportunidad de preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Doy mi consentimiento para participar en la investigación y aportar toda la información necesaria, ya que de esta forma contribuyo a mi bienestar y al de otros pacientes.

Firma del paciente: -----

Anexo 2.

Formulario de datos obtenidos de la Historia Familiar e Historia Clínica Individual

Edad: -----

1. Nivel educacional.

Primaria -----

Nivel medio superior -----

Nivel medio -----

Nivel superior -----

2. Menarquia.

Precoz (antes de los 12 años) -----

Normal (ocurre a los 12 años)

Tardía (ocurre después de los 12 años) -----

3. Paridad.

Nulípara -----

Primer hijo antes de 35 años -----

Primer hijo después de 35 años -----

4. Lactancia Materna.

Adecuada -----

Inadecuada -----

No lacto -----

Mixta -----

5. Uso de anticonceptivos orales.

Sí -----

No -----

6. Menopausia.

Precoz (cese de la menstruación antes de los 51 años) -----

Normal (cese de la menstruación a los 51 años) -----

Tardía (cese de la menstruación después de los 51 años) -----

7. Antecedentes Patológicos Familiares de cáncer de mama:

Por línea materna -----

Por línea paterna -----

No tiene -----

8. Antecedentes patológicos personales de enfermedades mamarias previas.

Congénitas -----

Cáncer -----

Mastitis -----

Tumores benignos -----

Displasias -----

Ninguno -----

Anexo 3.

Entrevista semiestructurada.

Conocimientos respecto al cáncer de mama

1. ¿Cuáles son los síntomas de esta enfermedad?

Conocimientos respecto a los factores de riesgo del cáncer de mama

2. Mencione algunos de los factores de riesgo para padecer de cáncer de mama?

Conocimientos respecto al diagnóstico

3. ¿Qué exámenes se pueden realizar para el diagnóstico temprano del cáncer de mama?

Conocimientos respecto al autoexamen de mama.

4. ¿Qué es para ud el autoexamen de mama?

5. ¿Cuál es la frecuencia con la que debe realizarse el autoexamen mamario?

6. Conoce ud de qué forma se realiza el autoexamen de mama. Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente.

Susceptibilidad percibida respecto al cáncer de mama:

7. ¿Considera usted probable que pudiera padecer de cáncer de mama alguna vez? ¿Por qué?

Severidad percibida respecto al cáncer de mama:

8. Imaginemos que una mujer está padeciendo de cáncer de mama ¿Se afectaría su vida por esta causa? Si la respuesta es afirmativa ¿En qué sentido?

9. Anímicamente ¿Cómo imagina usted que se sienta una mujer que este enferma de cáncer de mama

10. ¿Qué consecuencias le puede traer a una mujer no realizarse sistemáticamente el autoexamen de mama

11. Considera usted que el cáncer de mama es una enfermedad:

Grave -----.

Maligna-----

Otras -----

Importante -----

Incurable -----

Terrible -----

Causa de muerte ----

Beneficios percibidos respecto a la realización del autoexamen de mama:

12. ¿Qué opinión tiene en relación a la realización sistemática del autoexamen de mama?

Barreras percibidas respecto a la realización del autoexamen de mama:

13. De acuerdo a sus valoraciones diga ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer no se realiza el autoexamen de mama?

14. ¿Considera usted importante que la mujer se realice el autoexamen de mama?

Por qué?

15. Se realiza ud. el examen de mama? Sí____ No____

En caso de responder afirmativamente, con qué frecuencia ud lo realiza

Semanal ----- Mensual ----- Bimensual _____ Trimestral-----
Semestral ----- Otros -----

En caso de responder negativamente

¿Cuáles son las razones por las que no se realiza el autoexamen de mama?

Autoeficacia percibida respecto a la realización del autoexamen de mama:

16. Usted cree que cuenta con la capacidad necesaria para la realización correcta del autoexamen de mama

- A. ---- Muy de acuerdo
- B. ---- De acuerdo
- C. ---- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- D. ---- En desacuerdo
- E. ---- Muy en desacuerdo

Señales para la acción (realización del autoexamen de mama):

17. ¿Cuáles cree usted que son las causas que motivan a una mujer a realizarse el autoexamen de mama?

Anexo 4

Intervención Psicoeducativa.

Fundamentación

El cáncer mamario femenino ocupa el primer lugar en incidencia y el segundo lugar en mortalidad entre los tumores malignos que afectan a la mujer, tanto en Cuba como en los países altamente desarrollados o en vías de desarrollo, por lo que constituye un enorme problema de salud considerándose una línea priorizada de investigación por el Ministerio de Salud Pública, donde el autoexamen de mama constituye el primer método a utilizar en la prevención del cáncer mamario pero practicarse este examen estará mediado por las creencias en relación al mismo; por lo que la Psicología como ciencia ha desarrollado modelos para describir y predecir la posibilidad de la adquisición y realización de los comportamientos relacionados con la salud en términos de ciertos patrones de creencias, tanto en lo relacionado con conductas preventivas como con conductas no saludables o de riesgo.

Por esas razones se considera que el mayor esfuerzo debe estar dirigido a la realización del autoexamen de mama en aquellas mujeres con factores de riesgo presentes de desarrollar cáncer mamario, un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto esta influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.

Con los resultados del análisis de la situación de salud realizado en la comunidad, se pudo demostrar que existen mujeres que a pesar de presentar factores de riesgo de desarrollar esta enfermedad no se realizan el autoexamen mamario, existe ausencia de severidad y susceptibilidad percibida así como percepción de autoeficacia, por lo que se precisa de acciones psicoeducativas sustentadas en modelos, que integren técnicas psicológicas y educativas dirigidas a mejorar integralmente los aspectos cognitivos, motivacionales y comportamentales según las creencias en relación con el autoexamen de mama.

Para que su comportamiento sea el esperado, se deben brindar los conocimientos e informaciones necesarias lo cual es responsabilidad de la investigadora en la atención primaria de salud.

Con esta experiencia se pretende impulsar cambios positivos en las actitudes de estos pacientes, no solo para ellos, sino también para su familia y la comunidad donde viven, trabajan y estudian; ya que serán promotores de salud con todos los conocimientos necesarios para realizar esta labor.

Objetivo general

- Influir en aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales en mujeres con factores de riesgo de padecer cáncer de mama y no se realizan el autoexamen mamario. CMF No 24 del municipio Cruces.

Plan temático

Temas	Sesiones
Tema 1. Introducción a la intervención psicoeducativa. Generalidades acerca del cáncer de mama.	1
Tema 2. Factores de riesgo acerca del cáncer de mama.	1
Tema 3. Técnica del autoexamen de mama. Evaluación Parcial.	1
Tema 4. Susceptibilidad y severidad percibida sobre padecer cáncer de mama.	1
Tema 5. Barreras percibidas para la realización del autoexamen mamario.	1
Tema 6. Autoeficacia y señales para la acción.	1
Tema 7. Evaluación Final	1

Primer encuentro

Tema1.Introducción a la intervención psicoeducativa. Generalidades acerca del cáncer de mama.

- Presentación del coordinador
- Técnica participativa “***Estimulémonos***”

Objetivos:

- Cohesionar el grupo y motivar por las actividades.
- Definir el concepto de cáncer de mama.
- Describir las principales características o cuadro clínico.

Métodos de enseñanza: Elaboración conjunta.

Medios de enseñanza: computadora, video-clase

Tiempo: 1 hora.

Evaluación: oral

Mencione los principales síntomas del cáncer de mama.

Orientaciones para el Desarrollo:

El coordinador se dará a conocer, describirá algunas de sus principales cualidades y defectos y motivará al grupo para que participe en la técnica, consistente en repartir a cada paciente una hoja de papel y un lápiz para que anote en ella sus nombres y apellidos, luego de lo cual, y a solicitud del coordinador, comenzarán a rotarse los papeles para que cada uno escriba una cualidad o defecto que reconozca en el compañero, según el nombre especificado en la hoja de papel; y cuando cada uno haya recibido su propia hoja, se dará por terminada la rotación. Posteriormente, leerán en voz alta las cualidades y defectos que sus condiscípulos le han señalado.

De esa forma, el coordinador educará al promover la reflexión sobre las cualidades de algunos, así como de aquellas que se repiten en varios y, por tanto, caracterizan al grupo. Luego se procederá a recoger las expectativas de los presentes en cuanto a la intervención, tratando de que expresen sus dudas sobre el cuestionario aplicado, si las hubiese.

Se explicará en la intervención psicoeducativa el procedimiento a seguir, a la vez que se acentúa la importancia de realizarse el autoexamen de mama para así poder lograr una mejor salud general. Acto seguido se les insta a participar activamente en los encuentros, para que al final se conviertan en promotores de salud.

Posteriormente se proyecta una video conferencia sobre el cáncer de mama, mediante la técnica de lluvia de ideas de las participantes se llegará a la definición de cáncer de mama y sus principales características y cuadro clínico.

Segundo encuentro

Tema 2: Factores de riesgo acerca del cáncer de mama.

Objetivos

1. Identificar los principales factores de riesgo.

Métodos de enseñanza: Elaboración Conjunta

Medios de enseñanza: pancartas

Tiempo: 1 hora

Orientaciones para el Desarrollo

Se realizará la técnica participativa: “**Refranes**”, con el objetivo de agrupar a los pacientes en 2 equipos, cambiarles del lugar donde se habían sentado inicialmente por afinidad y ubicar las sillas que ocupaban hasta formar un círculo.

Posteriormente se escogerá al azar a un miembro de cada equipo, que a través de la mímica ilustrará algún factor de riesgo para padecer cáncer mamario a sus equipos respectivos y gana el grupo que mayores aciertos tenga. Posteriormente se pedirá que presenten sus dudas con respecto al tema, las que serán aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador haciéndose énfasis en los factores de riesgo que pueden desarrollar la enfermedad.

Tercer encuentro

Tema 3: Técnica del autoexamen de mama. Evaluación Parcial

Objetivos

1. Identificar las enfermedades mamarias más frecuentes.
2. Demostrar la técnica correcta del autoexamen de mama.

Métodos de enseñanza: Elaboración Conjunta

Medios de enseñanza: computadora, video

Tiempo: 1 hora

Evaluación: Escrita

Orientaciones para el Desarrollo

Se comentará breve y sencillamente que con la realización del autoexamen mamario se puede detectar la enfermedad en estadíos tempranos y lograr tratamientos más oportunos y menos agresivos en función de la salud de las féminas.

Se iniciará la actividad cuando el coordinador oriente agruparse en dúos o tríos para comentar sobre el encuentro anterior y que un voluntario exprese lo recordado. Se corrige o rectificará la información.

Se dividirán los participantes en tres grupos para que dialoguen sobre el autoexamen de mama con respecto a la técnica, es decir cómo, cuándo dónde y con qué frecuencia se realizan la autoexploración mamaria, para ello utilizaremos la técnica denominada “Las lanchas”, la misma consiste en que el animador en un espacio abierto dice que todos imaginen que están en la cubierta de un barco están paseando (todos caminan) cuando de pronto, comienza a hundirse y hay que llenar las lanchas, el Capitán grita: Lanchas de 10 personas, y así todos corren y se abrazan formando grupos de 10.

Posteriormente se realizará una exposición de una representante de cada grupo para hacer un debate del tema en el que se involucrará a todas las participantes, dirigido por el

moderador que enfatizará en la técnica adecuada del auto examen de mama y su importancia. Por último se proyectará un video con la descripción de la misma.

Evaluación Parcial

Se realizará de forma escrita

Preguntas

1. Mencione 5 factores de riesgo para padecer cáncer de mama.
2. ¿Cuáles son los principales síntomas del cáncer de mama?
3. Explique la importancia de la realización de autoexamen mamario.

Cuarto encuentro

Tema 4. Susceptibilidad y severidad percibida sobre padecer cáncer de mama.

Objetivos

1. Propiciar a las féminas recursos para que logren identificar situaciones de vulnerabilidad frente al cáncer de mama.
- 2-Sensibilizar a las féminas sobre cuanto están expuestas a la posibilidad de enfermar de cáncer de mama.

Métodos de enseñanza: Elaboración Conjunta

Medios de enseñanza: Pancartas, tarjetas

Tiempo: 1 hora

Evaluación: oral

Orientaciones para el Desarrollo

Se comenzará la actividad explicando que la susceptibilidad es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían la percepción de la propia vulnerabilidad de enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estática” de que le ocurra un problema de salud pero no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su

convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo mientras que la severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Utilizando la técnica “Árbol del problema” se promueve una lluvia de ideas y se identificarán las causas que provocan el problema y las complicaciones que pueden aparecer, estas se escribirán en las tarjetas y colocándose en las raíces, ya que anteriormente se explicará a las participantes que es la vulnerabilidad y susceptibilidad y como se manifiesta en relación con las conductas individuales que las colocan en riesgo para su salud de manera que puedan utilizar ambos términos. Una vez que concluya el análisis y no haya otra causa o complicación que agregar, se comenzará a reflexionar sobre cuáles pueden ser las consecuencias que tendremos a corto, mediano y largo plazo, de no resolverse el problema y se colocan en las ramas de manera que quede bien explícito la vulnerabilidad y la severidad en las féminas.

Quinto encuentro

Tema 5. Barreras percibidas para la realización del autoexamen mamario.

Objetivos.

- 1-Reestructurar expresiones valorativas de las féminas que constituyen barreras para la realización del autoexamen mamario.
- 2-Propiciar alternativas de solución para la realización del autoexamen mamario y ante la posibilidad de un diagnóstico positivo del mismo.

Métodos de enseñanza: Elaboración Conjunta

Medios de enseñanza: Pancartas

Tiempo: 1 hora

Evaluación: oral

Orientaciones para el Desarrollo.

Para dar inicio al tema 5 se explicará que los sujetos se ponderan de la creencia de la existencia de barreras que se oponen a la ejecución de las conductas saludables, como pueden ser determinados aspectos negativos derivados de una acción que funcionarían como barreras, que son evaluados en términos del costo de la acción y pueden ser vistos como peligrosos, desagradables, dolorosos o que tengan un alto costo monetario o de tiempo.

Se comenzará la actividad con la técnica del “BOOM” la cual consistirá en que las participantes se van a sentar dispuestas en forma de círculo. Se orientará hacer un conteo en alta voz de uno en uno hasta llegar al 20; el número 3 y los números terminados en tres no se dirán, en su lugar se dirá la palabra ¡boom! Se inicia el conteo de forma rápida y se alterna el orden de los participantes (de este modo no sabrán cuando les toca, por lo que las equivocaciones serán más frecuentes)

Luego utilizando la técnica denominada “La ronda”, se solicitará a las participantes que hagan una ronda por el local y lean cuidadosamente todos los mensajes, se sitúen frente a aquel que desean analizar. Los grupos que se formen por esta asociación de intereses deben interpretar el mensaje y responder la pregunta ¿Qué haría para enfrentar esta situación? Pasado unos 15 minutos se comenzará a la exposición oral de las reflexiones que serán anotadas por la facilitadora en una hoja de papel y una vez terminada las exposiciones serán leídas en alta voz.

Sextoencuentro

Tema 6. Autoeficacia y señales para la acción.

Objetivos:

Estimular la identificación de recursos personales y sociales para la realización del autoexamen mamario en función de reforzar la autoeficacia y contemplar nuevas señales para la acción.

Métodos de enseñanza: Elaboración Conjunta

Medios de enseñanza: Equipo de música

Tiempo: 1 hora

Evaluación: oral

Orientaciones para el Desarrollo

Comenzará la actividad con la técnica de la “Adivinanza musical.” La cual consiste en formar 6 equipos mediante una numeración del 1 al 5, luego se les pedirá que cada equipo reproduzca las canciones (puede ser tarareada o reproducida mediante algún equipo de sonido) que tenían planificadas de acuerdo a la orientación en la sesión anterior. Los otros equipos deberán adivinar cuáles son las canciones. En caso de no cumplir con la tarea, el coordinador deberá tener previstas algunas. El equipo ganador se recompensará con un aplauso.

Luego realizaremos una técnica llamada “asumiendo mis consejos”

- a) Se orientará a las participantes que permanezcan organizadas en cada uno de los equipos que se conformaron a partir de la técnica de activación.
- b) Se le entregará a cada fémina una hoja de papel y un lápiz.
- c) Se indicará a las integrantes del grupo que hagan de forma individual una lista reflejando los recursos que han obtenido, aprendido durante el programa y como los van a utilizar para disponerse a la realización del autoexamen de mama.

Posteriormente van a intercambiar en los equipos los criterios individuales y a listar a partir de lo individual bajo los lemas “Yo tengo...” y “Yo responsablemente haré...”

Séptimo encuentro.

Evaluación final

Objetivos

1. Constatar la eficacia en la realización del autoexamen de mama.

Orientaciones para el Desarrollo

La evaluación final contempla un examen práctico que será el autoexamen de mama.

SISTEMA DE EVALUACION:

La evaluación de la intervención psicoeducativa será frecuente, parcial y final.

La evaluación frecuente se realizará mediante la participación en las sesiones con preguntas orales.

La evaluación parcial contempla una prueba escrita.

La evaluación final contempla un examen práctico que será el autoexamen de mama.