

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
“Dr. Raúl Dorticós Torrado”
Policlínico Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Área III
Cienfuegos

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE I
GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA INCREMENTAR PERCEPCIÓN DE
RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA. CONSULTORIO 10. AREA III.
CIENFUEGOS. 2020-2023.

Autora:

Dra. Rachel Silva Molina

Residente de Tercer año de la especialidad de Medicina General Integral.

Tutora:

Dra. Vivian Lima Navarro

Especialista en Primer grado de MGI. Master en Educación Médica. Profesor Asistente.

Asesora:

Dra. Tamara Montenegro Calderón

Especialista de segundo grado en Higiene y Epidemiología. Especialista de primer grado en MGI. Profesor Asistente. Investigador Agregado.

CIENFUEGOS, 2023

RESUMEN

Fundamentación: el cáncer de mama es el tipo de neoplasia más frecuente en mujeres y constituye un serio problema de salud por representar una de las principales causas de muerte en el mundo.

Objetivo: determinar las modificaciones producidas en la percepción del riesgo de cáncer de mama en mujeres de alto riesgo.

Material y métodos: se realizó una intervención educativa con un enfoque mixto en mujeres del consultorio 10 Policlínico Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Cienfuegos. El universo fue de 360 mujeres mayores de 20 años y se seleccionaron 50 con dos o más factores de riesgo, mediante un muestreo no probabilístico intencional. Se ejecutaron tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0. Se tuvieron en cuenta parámetros éticos.

Resultados: la media de edad fue de $54,04 \pm 7,4$ años con predominio del nivel de escolaridad preuniversitario terminado (40%). El conocimiento de síntomas del cáncer de mama, el autoexamen y aspectos vinculados a este, se incorporó en la mayoría de las mujeres. Un 90% realizó correctamente la técnica de autoexamen de mama bajo supervisión; adquirieron los conocimientos básicos de prevención y detección precoz más de un 88% de las féminas.

Conclusiones: la percepción de riesgo sobre factores predisponentes, signos de alarma y métodos de detección precoz del cáncer de mama, en especial lo relacionado con el autoexamen de mama se incrementó considerablemente luego de realizada la intervención.

Palabras clave: cáncer de mama; percepción de riesgo; intervención educativa.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	4
Introducción.....	5
Marco teórico conceptual.....	11
Planteamiento y Justificación del problema.....	22
Objetivos.....	23
Diseño metodológico.....	24
Resultados.....	33
Discusión.....	39
Conclusiones.....	46
Referencias bibliográficas.....	47
Anexos.....	

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud para Cuba y el mundo. Las mismas traen consigo un impacto social y económico, debido a las recidivas, costos de los tratamientos médicos e incapacidades físicas que llevan implícito así como cambios patológicos irreversibles. En las postrimerías del siglo XX, las enfermedades no trasmisibles desafiaron a las políticas y prácticas de los sistemas de salud de todo el mundo. ^(1, 2)

Existen varios tipos de cáncer. Uno de los más frecuentes mundialmente es el Cáncer de Mama, constituyendo un problema de Salud Pública, además de un problema médico, social y económico de gran importancia, por su frecuencia, género y etapa de la vida que afecta, donde se tienen grandes responsabilidades familiares y económicas. Este implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía. ⁽³⁾

El cáncer es una enfermedad conocida desde la antigüedad. La descripción más antigua del cáncer proviene de Egipto, y es del 1600 A.N.E. aproximadamente. El Papiro Edwin Smith describe ocho casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, utilizando una herramienta llamada "la orquilla de fuego". Su nombre fue dado por Hipócrates años después, deriva de la palabra griega kankros, que significa cangrejo y que demuestra la similitud con que este animal atrapa y destroza sus presas. ⁽²⁾

En el siglo XVII se pudo determinar la relación entre el Cáncer de Mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y, posteriormente, el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted, quien inventó la operación conocida como "Mastectomía Radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70. ⁽¹⁻³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2009 murieron por neoplasia maligna cerca de 16 millones de personas y se prevé que para el 2020 morirán 84 millones más, si no se emprenden acciones de control de la enfermedad. De los diez millones de casos nuevos que se presentan anualmente: 4,7 pertenecen a países desarrollados. A pesar de que con frecuencia se ha considerado que la enfermedad es un problema del primer mundo, en realidad más de la mitad de todos los tumores malignos son registrados en países en vías de desarrollo, donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados. ^(4, 5)

El cáncer de Mama es el cáncer más frecuentemente diagnosticado y la causa principal de muerte de cáncer entre hembras en todo el mundo con unos 1.7 millones de casos estimados y 521,900 muertes en el 2012. Este cuenta con el 25 % de todos los casos de cáncer y el 15 % de todas las muertes de cáncer entre las mujeres. Los países más desarrollados abarcan la mitad de todos los casos y 38 % de muertes. Las tasas son generalmente altas en Norte América, Australia, Nueva Zelanda, el Norte y el Oeste de Europa; Centro y Este de Europa, Latinoamérica y el Caribe; y las más bajas en la mayor parte de África y Asia. ⁽⁶⁾

En el 2012 la incidencia de cáncer de Mama en Asia Pacífico fue de 403 876, en el sudeste asiático fue de 107 545 y en Oceanía fue de 19 277; mientras que en España supone el 18,2% de las muertes por cáncer en la mujer y la primera causa de muerte en mujeres entre 40 y 55 años. Según varios autores citados ⁽⁵⁻⁷⁾ las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos. Los más altos índices de supervivencia de Cáncer de Mama han sido reportados más en Estados Unidos que en Europa.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cada año, 92.000 mujeres fallecen a consecuencia de esta enfermedad en las Américas, a pesar de los grandes avances alcanzados en las dos últimas décadas en cuanto a diagnóstico temprano y tratamiento. Además, la OPS sostiene que si se

mantienen las tendencias actuales y considerando los cambios demográficos que se esperan, las proyecciones indican que en el 2030 los casos nuevos de cáncer de mama aumentarán en las Américas hasta 595.900, y las muertes a causa de esta enfermedad ascenderán hasta 142.1004. ^(5, 8)

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres, con una incidencia anual de casi 143 000 nuevos casos en los EEUU. Estas cifras han ido incrementándose progresivamente durante los últimos 50 años. El cáncer de mama es más común en el mundo desarrollado occidental que en los países en desarrollo, más pobres. En occidente, 1 de cada 10 mujeres desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida, lo que lo convierte en el principal causante de muerte entre las neoplasias que afectan a las mujeres occidentales. ^(7, 9)

Hay evidencia de Estados Unidos como ejemplo, que el diagnóstico y el tratamiento oportuno puede lograr tasas de supervivencia a cinco años, en estadios iniciales de 99% en las mujeres de raza blanca y 94% en mujeres afro americanas. En el 2000 la tasa de incidencia empezó a disminuir a un 7% por detección primaria y un menor uso de terapia hormonal después de la menopausia que aumenta el riesgo de este cáncer y enfermedades cardíacas. Este porcentaje se ha mantenido estable hasta la actualidad. ^(5, 7, 9)

De acuerdo con la regionalización de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) en 2008, la tasa más alta de cáncer de mama por 100 mil mujeres en América Latina y El Caribe se presentó en Sudamérica con 46 casos por 100 mil mujeres, seguida por el Caribe con 32.9 y Centroamérica con 25.9, y son Argentina y Uruguay, en el cono sur, los países que presentan las mayores tasas de incidencia con 75 y 83 casos. Cifras similares se observaron, en el mismo período, en Estados Unidos de América y Canadá. ^(7, 8)

Aunque persisten dificultades para obtener datos actualizados y confiables sobre incidencia y mortalidad por cáncer de mama en algunos países de América Latina y el Caribe, las estadísticas de mortalidad por esta causa en la mayoría de estos países van en aumento, particularmente en Colombia, Costa Rica,

Ecuador, México y Venezuela, que recientemente contaban con tasas relativamente bajas. ⁽⁹⁾ En México, a partir de 2006, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por enfermedad maligna en mujeres mayores de 25 años y que en 2010 causó la muerte de 5.113 mujeres. Un dato relevante es el hecho de que en ese país, más del 75 % de los casos son diagnosticados en etapas localmente avanzadas de la enfermedad (II, III y IV), de acuerdo con datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM). ⁽⁶⁻⁸⁾

La incidencia de cáncer de mama por 100 000 habitantes es: para las mujeres blancas de 122, para las afroamericanas de 116, para las asiáticas de 84 y para las hispano-latinas de 92. Según Hensley, las últimas cifras estadísticas publicadas por Globocan 2014, la tasa de incidencia estimada para el cáncer de mama en la mujer colombiana en el 2012 fue de 35 x 100 000 habitantes. Para Colombia esta patología es un problema de salud pública, mueren 1.700 mujeres cada año, constituyéndose en la segunda neoplasia maligna más frecuente en el país (10). Esto nos constituye como un país de riesgo intermedio para el desarrollo de cáncer de mama pero con tendencia, en las dos últimas décadas, al aumento de las cifras de incidencia y de mortalidad por esta causa. El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres hondureñas. Esta patología afecta más a las mujeres entre los 36 y 55 años. Según fuentes sanitarias, en Honduras se registran unos 600 nuevos casos de cáncer de mama cada año, el 65% de las mujeres sobreviven con tratamiento médico. Cada año, al menos unas 350 mujeres mueren en Honduras a causa de la misma enfermedad, según registros del Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, entre otras fuentes. ^(4, 5, 7, 8)

En el Perú el cáncer de mama es uno de los tipos de cánceres más comunes, abarcando 17,016 casos desde el año 2000 hasta el año 2014, ubicándose de esta manera en el segundo tipo de cáncer con mayor prevalencia, siendo solo superada por el cáncer de cérvix que presenta 22,271 casos. ^(3, 6)

El padecimiento puede ocurrir en mujeres de cualquier nivel social, económico y étnico, aunque son las mujeres con mayores desventajas sociales y menores

recursos las más vulnerables, puesto que las acciones de salud están basadas en la capacidad de pago y no en las necesidades de salud. En Cuba a pesar de ser un país en desarrollo, los niveles de salud alcanzados en la población lo ubican entre los países con resultados que se pueden equiparar a los de mayor desarrollo, por lo que la incidencia de cáncer de mama en nuestra población femenina ocupó la primera causa con 2 496 casos nuevos hasta el año 2006 y la segunda en mortalidad con 1 357 casos en el 2008. ^(9, 10)

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. La edad promedio de mujeres debutando con la enfermedad es de aproximadamente 50 años, coincidiendo generalmente con la menopausia. ^(10, 11)

En el 2012 se detectaron 3752 casos nuevos de cáncer de mama, siendo el grupo de edad de mayor riesgo el de 60 años y más con 2139 individuos, llevándose el segundo escaño en incidencia antecedido por el de piel. En el año 2016 continuó ocupando la segunda plaza de mortalidad por tumores malignos en el sexo femenino, antecedido por tráquea, bronquio y pulmón, con 1525 defunciones, y el grupo de edad con más fallecidos fue de 60 a 79 años con 644 casos. Representa alrededor del 25 % del total de fallecidos y constituye la primera causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos desde el año 2000. ⁽¹¹⁾

En el año 2018 ⁽¹¹⁾ los tumores malignos continúan ocupando la segunda causa de mortalidad con 24 902 defunciones; con un diferencial más reducido con respecto a las enfermedades del corazón que el del año pasado. La segunda causa de muerte en la población fémina es por tumores, con 1592 defunciones; y siendo la que más fallecidos aportó en el grupo de edad comprendido entre 40 y 59 años. Cienfuegos no está exento del problema; registrándose 995 defunciones por tumores, 11 por encima de la primera causa de muerte a nivel de país. Con una tasa de mortalidad de 240.6 por cada 100 000 habitantes.

Según el Anuario estadístico de Salud de 2021 ⁽¹²⁾ en la provincia hubo 966 fallecidos por tumores malignos de las 26 791 muertes registradas en el país, representando 17,7 años de vida potencialmente perdidos en el sexo femenino y mayor representación en el grupo etario de 75 años y más. La neoplasia de mama ocupó la cuarta posición con mayor mortalidad dentro de los tumores con 1904 defunciones en el 2021 con mayor representación en mayores de 40 años y en la mujer la segunda causa solo superada por el cáncer de pulmón.

Por lo tanto, las experiencias de vida, los cambios económicos y educativos, el "bagaje" cultural y social combinado con el rol cambiante de la mujer en la sociedad cubana, los conceptos de la sexualidad y el uso de los servicios de salud del país, todos estos factores actúan entre sí en cualquier descripción de la susceptibilidad y la reacción de nuestra generación al cáncer de mama. ^(13, 14) El enfoque tradicional de los factores de riesgo individuales para el Cáncer de Mama está limitando la comprensión de este problema. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

El cáncer de mama podría prevenirse al informar a la población del riesgo que existe de padecer esta enfermedad, así como de la necesidad de realizarse periódicamente el autoexamen de mama, asistir a consulta médica cada año desde los 40 años y realizarse una mastografía con la misma frecuencia. Se ha observado que a pesar de conocer esta información las mujeres presentan una moderada o baja percepción de riesgo acerca de dicha enfermedad lo cual se evidencia cuando asisten a consultas en el Consultorio Médico de la Familia.

Problema científico

¿Qué modificaciones se producirán en la percepción del riesgo de cáncer de mama al aplicar una intervención educativa en mujeres de alto riesgo?

Justificación del problema

Dado que el cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad debido a la asequibilidad y a la eficiencia de los métodos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, su índice de curabilidad es elevado, siempre que el diagnóstico se realice en estadios tempranos.

En 1987 se estableció el Programa de Reducción de Mortalidad por Cáncer; este documento fue modificado y en 1994 se convirtió en el Programa Nacional de Control de Cáncer, sobre las bases de la divulgación, el uso de métodos modernos de diagnóstico y la atención médica.

En los últimos años gracias a la aplicación del Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama en el país se ha logrado detectar un número mayor de casos nuevos diagnosticados en estadios iniciales. Esto permite tratamientos menos invasivos y una mayor supervivencia. Lamentablemente, aún los resultados no son los esperados y continúan siendo elevadas tasas de mortalidad. Cada año se diagnostican en Cuba más de 2 200 nuevos casos de esta entidad y las edades más avanzadas -de 50 a 64 años- son las de mayor riesgo.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El Cáncer de Mama es conceptualizado como un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. Es la proliferación acelerada y no controlada de células con genes mutados, que se caracterizan por presentar particularidades propias de las células embrionarias: son células diferenciadas que han aumentado sus capacidades reproductivas enormemente y que se han vuelto inmortales, es decir, no pueden envejecer. Tampoco suelen madurar, aunque con frecuencia se diferencian adoptando características propias de estirpes celulares diferentes a las de las células de las que proceden (metaplasia y células toti potenciales). ^(13, 14)

Esta enfermedad puede ocurrir en cualquiera de los tejidos que constituyen la mama. Se manifiesta en las células que producen la leche se llama Carcinoma del Lobular. Cuando ocurre en los conductos que llevan la leche al pezón se llama Carcinoma del Ductal. El carcinoma del Ductal es el tipo más común de cáncer del seno. ⁽¹⁵⁾

Las mamas o senos se componen de grasa, tejido conectivo y glandular. En este tejido se encuentran las glándulas productoras de leche de las que nacen unos 15 ó 20 conductos mamarios, para transportar la leche hasta el pezón, rodeado por la areola. Estos lobulillos y conductos se encuentran en el estroma, un tejido adiposo, en el que también están los vasos sanguíneos y linfáticos. Los tejidos mamarios están conectados, además, con un grupo de ganglios linfáticos, localizados en la axila. Estos ganglios son claves para el diagnóstico del Cáncer de Mama, puesto que las células cancerosas se extienden a otras zonas del organismo a través del sistema linfático. Cuando se habla de ganglio centinela se alude, precisamente, al ganglio más cercano al lugar donde se localiza el cáncer. ^(15, 16)

Durante el ciclo menstrual la glándula mamaria crece y decrece por el estímulo del estrógeno y la progesterona que actúan sobre los elementos intralobulillares de la mama. Después del tercer decenio, comienzan a disminuir el estroma extralobulillar, los conductos y lobulillos y aumenta en compensación el tejido adiposo. La mama femenina tiene un mayor volumen que la mama masculina y

por ello tiene mayor predisposición a las diferentes enfermedades que pueden ser benignas o malignas, agudas o crónicas. Por suerte son más frecuentes las lesiones benignas que las malignas. ⁽¹⁷⁾

Debido a las diversas entidades que pueden aparecer en esta glándula, se ha hecho necesario incrementar el estudio clínico, epidemiológico, de medios diagnósticos y anatomopatológicos para confirmar y tratar el cáncer mamario, por la posible confusión clínica de lesiones benignas y malignas. Los trastornos benignos incluyen: infecciones, quistes simples o aislados, enfermedad fibroquística o displasia fibroquística, fibroadenomas, papilomas intraductales, mastitis aguda, abscesos, ectasia de conductos mamarios con secreción por el pezón e infección acompañados de dolor y la necrosis traumática de la grasa, entre los más frecuentes. ^(18, 19)

El tumor filodes o filodes de la mama puede tener morfología benigna y comportarse de esta forma, aunque algunos muestran comportamiento benigno y una morfología que indica malignidad. Las lesiones tumorales malignas incluyen además el papiloma intraductal, el carcinoma ductal o lobular con su variante de enfermedad de Paget, el carcinoma lobulillar y otros tipos menos frecuentes como el carcinoma medular y el carcinoma coloide o mucinoso. ⁽²⁰⁾

Son varios los autores ⁽¹⁶⁻²⁰⁾ que han emitido su criterio con respecto a la clasificación de los factores de riesgo del cáncer de mama; una de las más prácticas fue creada en la década del 80 del siglo XX. Teniendo en cuenta esta clasificación, los factores se divide en dos grupos: primarios o de alto riesgo y secundarios o de bajo riesgo.

Factores de riesgo primario (alto riesgo):

- Edad. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad; siendo más frecuente en mayores de 50 años.
- Antecedentes familiares de cáncer mamario. Aumenta el riesgo cuando familiares de primera línea (madre, tías hermanas) presentan dicha enfermedad y no se descarta el padecer de cáncer de mama en hombres de la familia.

- Antecedentes de afecciones benignas. Algunas enfermedades de las mamas que no son cancerosas, como la hiperplasia atípica o el carcinoma lobulillar in situ, están asociadas a un mayor riesgo de tener cáncer de mama.
- Nuliparidad. Las mujeres que pasan de los 40 años y no lograron tener su primer hijo, presentan mayor riesgo de padecer cáncer de mama, al parecer en relación con la influencia hormonal estrogénica que condiciona la infertilidad, por ser esta una causa frecuente de nuliparidad.
- Al estar las mamas sometidas a la prolongada acción de los estrógenos (ciclos anovulatorios) sin la contrapartida de la progesterona o por ausencia de embarazos, se crea el terreno propicio para el crecimiento exagerado primero (hiperplasia) y posterior desorganización epitelial (atípica) y , en algún momento después, el cáncer mamario aparece, en particular, cuando se asocian otros factores de riesgo.
- Primer parto después de los 35 años. De forma similar a la descrita para la nulípara, se comporta la influencia hormonal sobre las mamas en la mujer que tiene su parto producto de un embarazo a término después de los 30 años. Se conoce que, si el primer parto ocurre antes de los 18 años, las probabilidades de tener Cáncer de Mamas es solo la tercera parte que la de la población. ⁽¹⁵⁾

Factores de riesgo secundarios (bajo riesgo)

- Edad de la menarquia y de la menopausia. Las mujeres que presentan la menstruación antes de los 12 años están expuesta a hormonas por más tiempo; al igual sucede en las mujeres con menopausia tardía (mayor de 55 años).
- Escasa lactancia. No se ha podido determinar que la prolactina tenga un papel protector específico, por lo que no se puede afirmar que la lactancia sea un factor. Sin embargo, se ha reportado que solamente en grupos de mujeres con lactancia muy prolongada (2 años o más), la aparición de Cáncer de Mamas fue menos frecuente que la media poblacional. Este factor también ha mostrado tener poca influencia. ²⁹

- Estilo de vida. Este es un factor múltiple, pues lo forman varias condiciones que se asocian básicamente en determinados grupos poblacionales, aunque algunas de estas se pueden observar en cualquier otro grupo de población.
- Hábito de fumar. Factor controvertido, pues se le atribuye riesgo para el cáncer de ovario y este se relaciona muy estrechamente con el de las mamas, aunque paradójicamente se reporta en otros estudios como protector del cáncer endometrial.
- Alcoholismo. Parece aumentar el riesgo, debido a su efecto estimulante de la producción iatrogénica y a la deficiencia de ácido fólico que este mal hábito condiciona y es considerada esta vitamina un factor protector del epitelio mamario.
- Alta frecuencia del estrés. En la vida moderna se ha asociado a varias enfermedades, no hay reportes serios que vinculen el estrés al riesgo de cáncer mamario.
- Sedentarismo. Los trastornos que se observan comúnmente en el sedentarismo, como la hipertensión arterial, la obesidad y la hipercolesterolemia, probablemente por un exceso de ingestión grasa que conlleva un exceso del nivel de colesterol (el cual es el elemento originario de los estrógenos), se han visto asociados en cierta medida a un incrementado riesgo del cáncer mamario. La falta de realización sistemática de ejercicio físico que también se asocia, se ha mencionado como elemento de riesgo, aunque en más escasa cuantía.²⁹
- Enfermedades crónicas. La diabetes, con sus trastornos metabólicos también se ha incluido en el riesgo y hoy se estudia una triada (hipertensión arterial, diabetes y obesidad) que se ha visto con un incremento importante del riesgo de cáncer mamario y de endometrio, sobre todo en la posmenopausia.
- Estado socioeconómico elevado. En países subdesarrollados aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama debido a los hábitos alimentarios por el exceso de ingestión de carnes y grasa, también mayor frecuencia de hábitos tóxicos en estos países también se observa la escasa paridad y la paridad tardía.
- Historia de radiaciones ionizantes. La conocida historia de las consecuencias de la exposición a radiaciones producto del genocida ataque atómico a

Hiroshima y Nagasaki, al final de la II Guerra Mundial, mostró un considerable aumento del cáncer en sus diferentes modalidades y en ellas del cáncer mamario. ⁽¹⁵⁾

Las tres fechas de la vida de la mujer que ejercen un impacto importante sobre la incidencia del cáncer de mama son la edad de la menarquia, la edad del primer embarazo a término y la edad de la menopausia. Las mujeres que presentan la menarquia a los 16 años de edad tienen sólo 50 a 60% del riesgo de sufrir esta neoplasia a lo largo de la vida con respecto a las mujeres cuya menarquia aparece a los 12 años de edad; el riesgo menor persiste toda la vida. De forma similar, la menopausia 10 años antes de su mediana de edad (52 años), sea de forma natural o inducida quirúrgicamente, disminuye cerca de 35% el riesgo a lo largo de la vida. ²⁰ Las mujeres que tienen el primer embarazo a término a los 18 años de edad presentan un riesgo de 30 a 40% respecto al de las nulíparas. Por tanto, la duración de la vida menstrual (en especial de la fracción anterior a la primera gestación a término) es un componente sustancial del riesgo total. ^(21, 22)

La variación internacional de la incidencia ha suministrado algunos de los datos más importantes respecto a la carcinogénesis hormonal. Una mujer que vive en Norteamérica hasta los 80 años de edad tiene una posibilidad entre nueve de padecer cáncer de mama infiltrante. Las mujeres asiáticas tienen un riesgo equivalente a la quinta a décima partes del de las mujeres norteamericanas y europeas occidentales. Las mujeres asiáticas tienen concentraciones sustancialmente más bajas de estrógenos y de progesterona. ⁽²³⁾

Estas diferencias no se pueden explicar por un fundamento genético, debido a que las mujeres asiáticas que viven en un entorno occidental tienen unas concentraciones de hormonas esteroideas sexuales y un riesgo idénticos al de las mujeres occidentales. Estas mujeres inmigrantes y más notablemente sus hijas también difieren en gran medida en altura y peso respecto a las mujeres asiáticas que viven en Asia; la estatura y el peso son reguladores críticos de la edad de la menarquia y ejercen efectos sustanciales sobre las concentraciones plasmáticas de estrógenos. ^(23, 24)

La participación de la alimentación en la etiología es objeto de controversia. Aunque existen vínculos que relacionan la ingestión calórica total y el contenido de grasa de la dieta con el riesgo de cáncer de mama, no se ha demostrado la participación precisa que tenga la grasa de la alimentación. La mayor ingesta calórica contribuye de múltiples formas: menarquia más temprana, menopausia a una edad más tardía y mayores concentraciones de estrógeno en la posmenopausia, que refleja mayores actividades de aromatasa en los tejidos adiposos. La ingesta moderada de alcohol también incrementa el riesgo por un mecanismo desconocido. Las recomendaciones sobre la abstinencia de alcohol deben ponderarse considerando otras presiones sociales y el posible efecto cardioprotector del consumo moderado de alcohol. ^(25, 26)

Entender la participación potencial de las hormonas exógenas tiene una importancia extraordinaria porque millones de mujeres estadounidenses utilizan regularmente anticonceptivos orales y reciben hormonoterapia reemplazadora durante la menopausia. Los análisis más fiables respecto a la utilización de anticonceptivos orales sugieren que estos agentes apenas aumentan el riesgo, si es que lo hacen. Por lo contrario, los anticonceptivos orales tienen un efecto protector contra los tumores epiteliales ováricos y los cánceres endometriales. Varios estudios ^(23, 24, 27, 28) demostraron en un diseño prospectivo y aleatorizado que los estrógenos equinos conjugados, más progestina, aumentaban el riesgo de Cáncer de Mama en incidentes cardiovasculares adversos, pero con disminuciones en fracturas óseas y cáncer colorrectal.

Aparte de otros factores, la radiación puede ser un factor de riesgo en las mujeres jóvenes. Las mujeres que se han expuesto antes de los 30 años a radiación en forma de múltiples radioscopias (200 a 300 cGy) o a tratamiento de la enfermedad de Hodgkin (>3 600 cGy) tienen un incremento sustancial del riesgo de cáncer de mama, mientras que la exposición a la radiación después de los 30 años de edad parece tener un efecto cancerígeno mínimo sobre la mama. ⁽²⁰⁾ No obstante, en algunos grupos con especial riesgo se aconseja comenzar la pesquisa desde los 40 años con repetición anual, sin que se reporte daños colaterales de importancia. ⁽²⁷⁾

El principal motivo de consulta en relación con las mamas de una mujer es la detección de una masa o tumoración. Aparece con mayor frecuencia, en mujeres por encima de los 40 años, aunque existen tendencias actuales de aparecer en mujeres más jóvenes. La autora se encuentra de acuerdo pues la mayoría de las pacientes que ha atendido en su práctica médica con signos sugerentes de neoplasia de mama, ese síntoma nunca ha faltado. En las primeras etapas comienza como un nódulo no doloroso, no muy notorio, por lo general, localizado hacia los cuadrantes superiores externos; y se hace muy difícil establecer un diagnóstico de certeza por el examen físico, por lo que es necesario estudios complementarios para corroborarlo. El nódulo es la lesión más común referida por las pacientes.

Otra manifestación frecuente es dolor en los senos. Dicha mastalgia rara vez se asocia con Cáncer de Mama y suele estar asociado con cambios fibroquísticos en las mujeres premenopáusicas. Las mujeres posmenopáusicas que reciben terapia de reemplazo de estrógeno también pueden quejarse de dolor en los senos. A medida que el cáncer progresa los síntomas pueden incluir enrojecimiento, hinchazón y retracción de la piel o pezón con la aparición de agujeros o fruncimiento, que dan apariencia a la piel como cáscara de naranja. Otro problema frecuente es la secreción del pezón. El flujo de un carcinoma de mama suele ser espontáneo, con sangre asociado a una masa y localizado en un solo conducto en una de las mamas. En algunas ocasiones la descarga por el pezón es de aspecto serohemático lo que debe diferenciarse de un papiloma intracanalicular. ^(29, 30)

A la palpación se puede encontrar en una etapa inicial, un tumor que suele ser de consistencia dura y poco movable; después, es pétreo, adherido a planos profundos, con frecuencia de contornos no bien definidos y superficie irregular, no es doloroso y se acompaña de adenopatías axilares palpables con características de malignidad. ⁽²⁸⁾

Los hombres también pueden desarrollar Cáncer de Mama y los síntomas abarcan tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas. Los

síntomas del Cáncer de Mama avanzado pueden abarcar: dolor óseo, dolor o molestia en las mamas, úlceras cutáneas, inflamación de un brazo (próximo a la mama con cáncer), pérdida de peso. ⁽³¹⁾ Con respecto a lo planteado estamos de acuerdo anteriormente ocurre en menos de un 1% según bibliografía consultada en diversos artículos. ^(18, 21, 27, 28, 29)

Uno de los avances más significativos en los últimos años en la lucha contra el cáncer es la comprensión de los procesos que originan su aparición. La investigación en cáncer permite conocer acerca de los mecanismos biológicos fundamentales subyacentes del crecimiento celular y su regulación, así como el manejo del cáncer en su variedad de formas. Particular interés logra la acumulación gradual de la evidencia científica que relaciona estilos de vida a muchos tipos de cáncer, y por tanto, a la oportunidad para desarrollar estrategias en aras de modificarlos. ^(31, 32)

La autora considera, por otra parte, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, ha permitido definir las herramientas que facilitan la aplicación de medidas profilácticas como son la conducta preventiva en estado de salud y en estado de incapacidad, convalecencia o estado terminal de la enfermedad. La existencia de programas de detección precoz mediante pesquisa activa en mujeres sanas ha permitido el diagnóstico en etapas más tempranas, esto unido a las nuevas modalidades terapéuticas y los ensayos clínicos actuales ha permitido el conocimiento de los estadios clínicos al diagnóstico tempranamente y lograr un intervalo libre de eventos con una mejor supervivencia en los casos diagnosticados.

Hay tres métodos actualmente que se utilizan con más frecuencia para la detección del cáncer de mama: el examen clínico de las mamas (ECM), el autoexamen de mama (AEM) y la mamografía. Es notorio destacar que el examen físico de las mamas es un componente esencial del estudio clínico de una paciente que presenta una afección en sus mamas y unido a la anamnesis, proporciona una idea aproximada (nunca absoluta) de la posible causa de la patología mamaria y orienta las necesarias investigaciones complementarias para definir el diagnóstico y la terapéutica que se debe seguir en cada caso. ⁽²⁵⁾

En este examen se detallarán todas las características de cualquier tumoración encontrada, fundamentalmente su localización precisa, el tamaño aproximado en centímetros, si la superficie es o no regular, cómo es la consistencia (renitente, blanda, firme o dura), si la palpación es dolorosa y la movilidad (precisando si está libre de los planos superficiales y profundos y si produce retracción de la piel cuando se mueve). (25, 30-33)

Sin embargo no cabe duda alguna en que resulta de suma importancia en la detección precoz del cáncer de mama la realización del AEM por todas las mujeres con edad superior a los 20 años, este examen se debe realizar con una frecuencia mensual y el día seleccionado para su aplicación depende de si la mujer menstrua o no; las mujeres que mantienen un ciclo menstrual regular deben realizarlo 8 días después del último día de la menstruación y aquellas féminas menopaúsicas, así como las mujeres con ciclo menstrual irregular deben escoger un día fijo en el mes. En cuanto al ECM debe realizarse con una frecuencia anual por el médico y la enfermera de la familia a todas las mujeres mayores de 30 años, esto según lo establecido por el Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Mama en Cuba; todo esto con el objetivo de detectar la aparición de cualquier anomalía en la mama y actuar lo más precozmente posible. (19, 26, 33, 34)

Los principales referentes teóricos señalados, asumidos por la autora de la investigación, constituyen elementos de importancia a tener en cuenta en las indagaciones empíricas que se realizarán ya que en los mismos se manifiestan los principales indicadores de las variables de investigación, base de la elaboración de los instrumentos para la recolección de los datos fundamentales.

La intervención educativa conlleva el desarrollo de una estrategia de salud que debe orientarse, de modo general, hacia la prestación de una cantidad específica de servicios que estén directamente orientados a alcanzar la solución o al menos la reducción de uno o más problemas específicos de la salud. En este sentido el logro de cualquier propuesta de intervención educativa radica en perfeccionar los servicios del Programa Materno Infantil, con enfoque estratégico de prevención de los factores de riesgo del cáncer de mama. De esta forma se

puede contribuir al bienestar de la sociedad y la familia, la igualdad del hombre y la mujer y satisfacer las necesidades de jóvenes y adolescentes.

Existen varios elementos que deben tomarse en cuenta cuando se formulen estrategias de salud, para eliminar o disminuir el daño. Entre ellas se encuentran:

1. Centrarse en la promoción, la detección temprana y el tratamiento precoz y oportuno en las situaciones en que esto sea posible.
2. Enfatizar en el uso de tecnologías disponibles y prácticas para su aplicación.
- 3 Utilizar primeramente los recursos disponibles en la comunidad, municipio, provincia o país.
4. Ser diseñadas de manera flexible para acomodarse a las diferentes circunstancias y condiciones locales.
5. Brindar soluciones que sean factibles de aplicar.
6. Ser compatibles en lo posible con las políticas, reglamentos y directivas gubernamentales.
7. Promover la coordinación de todos los sectores interesados en la planificación y prestación de salud, tanto en la atención primaria como en la secundaria.
8. Incorporar a la comunidad en la toma de decisiones y en la ejecución de las intervenciones programadas.
9. Realizar investigaciones operativas que identifiquen los factores de riesgo y ayuden al diseño de estrategias que ofrezcan solución a la problemática encontrada. (21, 33, 34)

La percepción es un proceso cognitivo basado en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas u objetos y que procesa de forma inmediata formando un juicio o valor. Por otro lado, el riesgo es “una expresión de la probabilidad de que pueda suceder algún suceso no placentero”. Por lo tanto la percepción de riesgo es la probabilidad subjetiva de que una consecuencia negativa le ocurra al sujeto, a la vez que refleja el objeto o fenómeno, se concientiza la amenaza que él representa para el individuo. Algunos de los factores que intervienen en la configuración de la percepción de riesgo son, creencias y actitudes, cantidad y calidad en la información recibida, experiencias personales, estereotipos, motivación, el género, la visión del mundo, la ideología, los lazos afectivos y la confianza. Todos estos factores

están expuestos a los procesos de atribución individuales, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación, mismos que pueden llevar a una acción determinada. (21, 22)

Fundamentación del problema

El policlínico Octavio de la Concepción y la Pedraja, Cienfuegos, ha aumentado el número de casos desde la creación del Programa de Cáncer de Mama desde el año 2009 hasta el 2019, con un total de 97 pacientes diagnosticados. El consultorio médico de la familia número 10, perteneciente a dicho policlínico, reporta 20 casos de cáncer; entre ellos, siete casos de Cáncer de Mama (35 %), con una incidencia de tres casos nuevos (uno en noviembre del año 2019 y dos en febrero y abril del año 2020).

El estudio se realizará debido al aumento de la incidencia en el mundo, en Cuba y en la provincia de Cienfuegos, asociado entre otras causas a la no detección temprana de sus síntomas mediante el autoexamen de mama como el principal recurso para su autocuidado, otorgándole protagonismo a la mujer en el proceso salud-enfermedad, además por el desconocimiento sobre los principales factores de riesgo de la enfermedad.

La investigación es relevante debido a que posee impacto social ya que muchas de las pacientes que fallecen lo hacen en edades laboralmente activas, poseen familias constituidas con hijos y en muchas ocasiones son el sustento económico y emocional de ellas. Posee además impacto económico pues al prevenir la enfermedad, se reducen los costos en servicios hospitalarios y medicamentos. Es novedosa ya que se registran otras investigaciones en nuestro municipio sobre identificación de factores de riesgo de cáncer mamario en otros consultorios, con vistas a su detección precoz pero en nuestra investigación nos proponemos además enseñar a las pacientes a realizarse el autoexamen de mama mediante la demostración. Es factible porque existen los recursos humanos para dar solución al problema planteado.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las modificaciones producidas en la percepción del riesgo de Cáncer de Mama en mujeres de alto riesgo luego de aplicar una intervención educativa.

ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar socio-demográficamente la población de estudio.
2. Identificar la percepción de riesgo de cáncer de mama en población objeto de estudio.
3. Diseñar una propuesta de intervención educativa para modificar la percepción del riesgo de cáncer de mama.
4. Ejecutar la estrategia de intervención educativa en las pacientes de alto riesgo.
5. Evaluar la percepción de riesgo luego de aplicada la estrategia educativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: intervención educativa con un enfoque mixto articulando los enfoques cuantitativo y cualitativo.

Investigación de desarrollo

Escenario: consultorio 10 Policlínico Universitario "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" del municipio Cienfuegos.

Período de estudio: octubre de 2020 a mayo de 2023.

Universo y muestra: el universo de estudio estuvo constituido por 360 mujeres, que son la totalidad de féminas mayores de 20 años pertenecientes al consultorio. La muestra se conformó por 50 mujeres, para su selección se utilizó un muestreo no probabilístico intencional tomando en cuenta las mujeres con dos o más factores de riesgo primario según la clasificación de Carlile, descritas en el libro de Afecciones Mamarias de Rodríguez Pérez.¹⁵

Criterios de exclusión y salida: mujeres con enfermedad invalidante o discapacidad intelectual; o pacientes que en cualquier momento de la investigación desee no continuar o abandone la localidad.

Procedimientos y métodos. Descripción del instrumento

Para la obtención de los datos, la investigación fue concebida por tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación:

Etapas diagnóstica:

Con el propósito de determinar la percepción de riesgo de cáncer de mama en población objeto de estudio se aplicó una encuesta (**Anexo 1**) y una entrevista semi-estructurada (**Anexo 2**).

Encuesta: confeccionado para los efectos de la investigación, tiene como objetivo determinar los conocimientos sobre el cáncer de mama que poseen las mujeres objeto de estudio. Esta encuesta fue validada (confiabilidad a través de test-retest y su validez con valoración de expertos utilizando los criterios de Moriyama.

Descripción de la encuesta: el instrumento estuvo compuesto por 10 preguntas, con incisos de marcar con una (X) las respuestas que la paciente considere como correctas según sus conocimientos. Cada una de las variables fueron medidas con una escala de conoce y no conoce. Para dar una valoración final del nivel de conocimiento la paciente debió responder adecuadamente más del 70 % de las preguntas.

Metodología para su aplicación: el instrumento está diseñado para que sea autoadministrado por las pacientes, para su aplicación se tuvo en cuenta que podía ser en el hogar o en la consulta, en un ambiente tranquilo. Si hubo más de una encuestada presente, se cuidó que fuese respondido de manera independiente, para lo que se precisó que en todo momento esté presente el autor del trabajo, el que además pudo realizar las aclaraciones necesarias. Luego se procedió a su calificación.

Entrevista semi-estructurada estuvo dirigida a todas las pacientes que participaron en la intervención y se realizó con el propósito de **determinar la percepción del riesgo de cáncer de mama** que tienen las pacientes

Metodología para su aplicación.

Se confeccionó una guía de entrevista semi-estructurada (**Anexo No 2**), para su ejecución. Se fijó una cita con las pacientes que participaron en la investigación. Un encuentro dinámico e individualizado, para que cada paciente exprese sus criterios, abiertamente y sin influencias externas, sobre cómo ha sido su comportamiento con respecto a la realización del autoexamen de mama, como aplicar la técnica correcta y la realización del examen clínico por un personal de salud. Durante la entrevista la investigadora hizo apuntes de lo expresado por la paciente.

Etapas de intervención: esta etapa tiene como propósito diseñar una estrategia de intervención educativa para modificar la percepción del riesgo de Cáncer de Mama; e implementar estrategia de intervención educativa en las pacientes de alto riesgo de cáncer de mama.

Para el diseño de la estrategia de intervención educativa se tuvo en cuenta el diagnóstico educativo realizado en la etapa anterior, el cual justifica el propósito de modificar la situación actual para incrementar los conocimientos

fundamentales de las mujeres objeto de estudio que permitan lograr modificaciones en su percepción de riesgo del Cáncer de Mama. El programa educativo se concibió de forma activa participativa incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permitio la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.

Se seleccionó la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.

Explicar cómo se aplicó, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes. Fomentar procesos de comunicación, destinados a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.

La estrategia de intervención para modificar la percepción de riesgo de Cáncer de Mama estuvo constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, estrategias multimodales.

La selección de los temas fue condicionada por las necesidades encontradas en la etapa diagnóstica. Los temas seleccionados se agruparon por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo mediante el cuestionario que fue aplicado. Se conformaron grupos de no más de 10 pacientes, los encuentros se realizaron en un ambiente de buena comunicación con una duración de 30 minutos, con una frecuencia semanal.

Evaluación

La evaluación de la estrategia se realizó de tres formas, para la evaluación de los resultados se utilizó el mismo instrumento aplicado para el diagnóstico; para la evaluación de las actividades se empleó la técnica del PNI (Positivo, Negativo e Interesante), consiste en que los participantes al final de cada encuentro expresen su criterio del mismo; y para la evaluación del proceso se diseñó una encuesta que incluyó aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos; el cumplimiento de la planificación (cronogramas y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas.

El programa fue sometido a valoración de expertos utilizando el método Delphi. Para la selección de los expertos se tuvo en cuenta su experiencia en esta rama del saber y su consentimiento para participar. Se sometió a su valoración los temas escogidos, los objetivos del programa, los contenidos, la estructura y los métodos empleados, pertinencia y posibilidades de puesta en práctica.

Una vez valorado por los expertos y realizadas las modificaciones necesarias se procedió a implementar el programa.

Etapas de evaluación: el propósito de esta etapa fue determinar la percepción de riesgo luego seis meses de aplicada la estrategia educativa, se realizó con un enfoque cualitativo, para la que se utilizó como métodos de obtención de la información una entrevista semi-estructurada, un grupo focal y la observación no participante. **(Anexos 2, 3, 4)**

Entrevista semi-estructurada dirigida a las pacientes que participen de toda la intervención y se realizó con el propósito de determinar la percepción del riesgo de cáncer de mama que tienen las pacientes después de la intervención.

Metodología para su aplicación.

Se confeccionó una guía de entrevista semi-estructurada **(Anexo 2)**, para su ejecución se solicitó una cita con las pacientes que participaron en la investigación. Este encuentro fue dinámico e individualizado, para que cada paciente expresara sus criterios, abiertamente y sin influencias externas, sobre cómo ha sido su comportamiento con respecto a la realización del autoexamen de mama y como aplicar la técnica correcta. Durante la entrevista la investigadora se tomaron notas de lo expresado por la paciente.

Observación: la observación estuvo dirigida a todas las pacientes que participaron y concluyeron la intervención. Con el propósito de verificar la correcta realización del autoexamen de mama. Para la recogida de esta información se tomó como referencia la guía de observación **(Anexo 3)** referenciada en el documento Norma técnica oncológica para la prevención, detección y diagnóstico temprano del Cáncer de Mama a nivel nacional,¹⁵ El instrumento cuenta con diez incisos y cada uno tiene la validez de un punto.

Clasificación para la guía de observación:

Excelente (E)	10 puntos
Muy Bien (MB)	9 puntos
Bien (B)	8 puntos
Regular (R)	6-7 puntos
Mal (M)	Menos de 5 puntos

Metodología para su aplicación:

La observación fue realizada por el investigador, previo entrenamiento por la tutora del trabajo, durante una visita programada al hogar de la paciente donde habitualmente debe realizarse el autoexamen de mama. Se garantizó un ambiente tranquilo, con privacidad, de preferencia el lugar donde la paciente se realiza su autoexamen. La investigadora ejecutó la observación y fue evaluando cada uno de los acápites de la guía seleccionada para este efecto.

Grupo Focal dirigido a las pacientes que durante la entrevista mostraron dificultades en la realización del autoexamen de mamas con el objetivo de identificar las motivaciones de las mujeres para realizar el autoexamen de mamas y las causas de la no consecución en su realización, propuestas para su mejoría.

Metodología para su realización:

Para realizar el grupo focal se confeccionó una guía **(Anexo No 4)** en la que se definen las preguntas teniendo en cuenta elementos como las motivaciones de las mujeres para realizar el autoexamen de mamas, causas de la no consecución en su realización, se elaboró la guía del moderador **(Anexo No 5)** para la organización de las ideas en el desarrollo de los grupos focales.

En el desarrollo de los grupos focales se definieron grupos de 10 pacientes, se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia donde solo se seleccionaron las pacientes que durante la entrevista mostraron dificultades en la realización del autoexamen de mamas.

Los encuentros se efectuaron en diferentes momentos, en un aula del policlínico, creando un ambiente favorable para la comunicación. La conducción de los grupos focales estuvo a cargo de la investigadora como moderadora de las actividades.

Para dar inicio se explicaron que los resultados obtenidos serían utilizados solo con fines investigativos y el carácter voluntario de la participación; a continuación se declaró el objetivo del grupo focal; inmediatamente después de la presentación de los participantes se formularon las preguntas. Durante el debate se recogieron todos los elementos señalados por las pacientes por parte de la enfermera del consultorio quien actuó en calidad de relatora.

De acuerdo con los objetivos propuestos para la investigación se tuvo en cuenta la siguiente categoría. Percepción de riesgo de Cáncer de Mama: entendida como la capacidad del individuo de reconocer los daños, efectos, el grado de susceptibilidad y consecuencias de la exposición a riesgos así como la severidad atribuida a este, en función de la cual se configuran los mecanismos de autorregulación para evitar o reducir la vulnerabilidad y se asumen comportamientos saludables.

Operacionalización de tus variables

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicador
Edad.	Cuantitativa discreta.	Años cumplidos al momento de la investigación.	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70 y más años	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos. Media aritmética, DS
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Nivel de enseñanza tomando en cuenta los	-Primaria terminada -Secundaria terminada -Técnico medio	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos.

		estudios culminados	-Preuniversitario terminado -Universitario terminado -No escolarizado	
Conocimiento de los factores de riesgo del Cáncer de Mama.	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: identifica 5 o más factores de riesgo No conoce: identifica menos de 5 factores de riesgo	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención
Conocimientos de la sintomatología relacionada con el Cáncer de Mama.	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si logra identificar tres o más síntomas del Cáncer de Mama. No conoce: si logra identificar menos de tres síntomas del Cáncer de Mama.	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención
Pruebas o exámenes de detección temprana del Cáncer de Mama.	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si señala al menos dos de los exámenes No conoce: si señala solo uno de los exámenes.	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención
Conocimiento del autoexamen de mama.	Cualitativa nominal dicotómica.	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	- Si. - No.	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención
Edad que debe comenzar a realizarse autoexamen de mamas.	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si señala adecuadamente la edad a la que debe comenzar a realizarse el autoexamen de mamas. No conoce: si no señala	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención

			adecuadamente la edad a la que debe comenzar a realizarse el autoexamen de mamas.	
Frecuencia con que debe realizarse el autoexamen de mama.	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si señala adecuadamente la frecuencia con que debe realizarse el autoexamen de mamas. No conoce. si no señala adecuadamente la frecuencia con que debe realizarse el autoexamen de mamas	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención
Momento del ciclo menstrual en que debe realizarse el autoexamen de mama.	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si señala adecuadamente el momento en que debe realizarse el autoexamen de mamas. No conoce. si señala adecuadamente el momento en que debe realizarse el autoexamen de mamas.	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención
Frecuencia de realización del autoexamen de mama en la mujer que no menstrua.	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si señala adecuadamente el momento en que debe realizarse el autoexamen de mamas. No conoce. si señala adecuadamente el momento en que debe realizarse el autoexamen de mamas.	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención
Lugar de la casa que sea más adecuado para realizar	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si señala adecuadamente el lugar de la casa en que debe realizarse el autoexamen de mamas.	Frecuencia absoluta y porcentaje de parteindividuos antes y

el autoexamen			No conoce. Si no señala adecuadamente el lugar de la casa en que debe realizarse el autoexamen de mamas	después de la intervención
Parte de la mano que se utiliza para realizar autoexamen	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al conocimiento demostrado por la paciente.	Conoce: si señala adecuadamente la parte de la mano que debe utilizar para realizarse el autoexamen de mamas. No conoce. Si señala adecuadamente la parte de la mano que debe utilizar para realizarse el autoexamen de mamas.	Frecuencia absoluta y porcentaje de individuos antes y después de la intervención

Procedimientos y análisis de los datos

Una vez aplicados los instrumentos diagnósticos se procedió a realizar el análisis de la información obtenida en cada instrumento aplicado. Los resultados cuantitativos fueron llevados a una base de datos, utilizando el programa estadístico SPSS 21.0. Se procedió al análisis estadístico de los mismos, mediante números y por ciento. Se presentaron en tablas con cada una de las variables para su mejor comprensión.

Para realizar el procesamiento de la información cualitativa se realizó un análisis de contenido y se procedió a la triangulación de los métodos empleados. Este permitió enunciar conclusiones sobre el comportamiento de la percepción del riesgo de cáncer de mama, teniendo en cuenta sus relaciones o contradicciones, así como si son compartidas por la totalidad, la mayoría, la mitad o la minoría de las pacientes.

Una vez determinada percepción del riesgo de cáncer de mama y aplicado el programa educativo diseñado se determinó las modificaciones en la percepción del riesgo con cada uno de los instrumentos destinados a este fin, se realizó un

análisis de contenido y luego la triangulación de métodos y fuentes con el propósito de identificar las intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes de información o puntos de vista del mismo fenómeno.

Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información, partiendo del principio de justicia social, el respeto a las diferencias y tratar a todos por igual, lo que quedó reflejado de igual manera en el modelo de consentimiento informado (**Anexo 6**) firmado por cada una de las 50 mujeres identificadas con dos o más factores de riesgo primario, explicándose los objetivos de la investigación. Se respetaron los principios de no maleficencia, beneficencia y autonomía.

Se solicitó el consentimiento a la dirección del policlínico de Área III del municipio Cienfuegos (**Anexo 7**) Se explicó a los interesados los objetivos, métodos, beneficios y resultados esperados, además que los resultados de la investigación solo se utilizaron con fines científicos, respetando siempre el anonimato y la confidencialidad.

PROGRAMA DE INTERVENCION

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia.

Fundamentación: Dado que el cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad debido a la asequibilidad y a la eficiencia de los métodos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, su índice de curabilidad es elevado, siempre que el diagnóstico se realice en estadios tempranos.

En 1987 se estableció el Programa de Reducción de Mortalidad por Cáncer; este documento fue modificado y en 1994 se convirtió en el Programa Nacional de

Control de Cáncer, sobre las bases de la divulgación, el uso de métodos modernos de diagnóstico y la atención médica.

En los últimos años gracias a la aplicación del Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama en el país se ha logrado detectar un número mayor de casos nuevos diagnosticados en estadios iniciales. Esto permite tratamientos menos invasivos y una mayor supervivencia. Lamentablemente, aún los resultados no son los esperados y continúan siendo elevadas tasas de mortalidad. Cada año se diagnostican en Cuba más de 2 200 nuevos casos de esta entidad y las edades más avanzadas -de 50 a 64 años- son las de mayor riesgo.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permitirá la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.

Objetivos a corto plazo: impartir un grupo de sesiones encaminadas a fortalecer el nivel de conocimientos de los aspectos relacionados con el cáncer de mama en la población de riesgo. Determinar el grado de aprehensión sobre los contenidos socializados.

Objetivo a mediano plazo: incrementar la percepción sobre factores de riesgo, signos de alarma, diagnóstico precoz y realización del autoexamen de mama en las féminas objeto de estudio, de tal forma que puedan aplicarlo en su vida cotidiana.

Objetivo a largo plazo: modificar el estilo de vida de las féminas logrando un adecuado uso sistemático del autoexamen de mama, así como la disminución de los factores de riesgo modificables que afectan a la población estudiada.

- Se seleccionó la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.

Los temas seleccionados se agruparon por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo mediante el cuestionario que fue aplicado. Se conformaron grupos de no más de 10 pacientes, los encuentros se realizó en un ambiente de buena comunicación con una duración de 30 minutos, con una frecuencia semanal durante 6 semanas.

Sesión 1. Aplicación del diagnóstico inicial

Con el propósito de determinar la percepción de riesgo de cáncer de mama en población objeto de estudio se aplicó una encuesta (**Anexo 1**) y una entrevista semi-estructurada (**Anexo 2**).

Encuesta: confeccionada para los efectos de la investigación, tiene como objetivo determinar los conocimientos sobre el cáncer de mama que poseen las mujeres objeto de estudio. Esta encuesta fue validada (confiabilidad a través de test-retest y su validez con valoración de expertos utilizando los criterios de Moriyama.

Descripción de la encuesta: el instrumento estuvo compuesto por 10 preguntas, con incisos de marcar con una (X) las respuestas que la paciente considere como correctas según sus conocimientos. Cada una de las variables fueron medidas con una escala de conoce y no conoce. Para dar una valoración final del nivel de conocimiento la paciente debió responder adecuadamente más del 70 % de las preguntas.

Metodología para su aplicación: el instrumento está diseñado para que sea autoadministrado por las pacientes, para su aplicación se tuvo en cuenta que podía ser en el hogar o en la consulta, en un ambiente tranquilo. Si hubo más de una encuestada presente, se cuidó que fuese respondido de manera independiente, para lo que se precisó que en todo momento estuviese presente el autor del trabajo, el que además pudo realizar las aclaraciones necesarias. Luego se procedió a su calificación.

Entrevista semi-estructurada estuvo dirigida a todas las pacientes que participaron en la intervención y se realizó con el propósito de **determinar la percepción del riesgo de cáncer de mama** que tenían las pacientes

Metodología para su aplicación.

Se confeccionó una guía de entrevista semi-estructurada (**Anexo No 2**), para su ejecución. Se fijó una cita con las pacientes que participaron en la investigación. Un encuentro dinámico e individualizado, para que cada paciente expresara sus criterios, abiertamente y sin influencias externas, sobre cómo ha sido su comportamiento con respecto a la realización del autoexamen de mama, como aplicar la técnica correcta y la realización del examen clínico por un personal de salud. Durante la entrevista la investigadora hizo apuntes de lo expresado por la paciente.

Sesión 2. Entrevista educativa sobre factores de riesgo del cáncer de mama

Etapa de preparación: se profundizó acerca de la situación actual y los antecedentes del cáncer de mama. Se definieron los objetivos de la entrevista que fueron establecer un intercambio sobre los diferentes factores de riesgo modificables y no modificables de la enfermedad; así como identificar el nivel de conocimientos cualitativamente que poseían las pacientes.

Etapa de ejecución: en la fase introductoria previo al inicio de la actividad se creó un clima psicológico de amistad y cordialidad en el cual las féminas se sintieran a gusto y confiadas en lo fructífero y necesario del intercambio. Luego en la fase de ejecución se procedió a ir recogiendo la información mediante interrogantes por parte de la investigadora y complementando la respuesta de las entrevistadas, estimulando su participación y haciendo uso de un lenguaje asequible.

Una vez concluido, en el cierre se resaltaron los aspectos esenciales y positivos de la entrevista, además de realizar recomendaciones y sugerencias en el caso de que se hayan visto elementos negativos durante la entrevista

Sesión 3. Charla educativa sobre los signos de alarma del cáncer de mama

Sesión 4. Charla educativa sobre los métodos de detección precoz del cáncer de mama

En la fase de preparación se realizó revisión del material bibliográfico (véase introducción y marco teórico), confección de una guía con los aspectos a tratar, medios auxiliares en este caso pancartas, folletos y láminas sobre los distintos

signos de alarma y métodos de detección precoz respectivamente. El objetivo fue exponer los principales signos de alarma y métodos de detección precoz del cáncer de mama.

Posterior en la fase de desarrollo previa introducción y presentación se llevó a cabo la descripción expositiva de los principales elementos en cada uno de estos acápites, cada sesión independiente con una duración máxima de 30 min en dos semanas independientes. Se ilustro mediante un video la labor de pesquiasje que se realiza desde la Atención Primaria de Salud para la prevención y control de la enfermedad. Al final se concedió la palabra al auditorio en un intercambio corto donde se resuman y aclaren los principales aspectos.

Sesión 5. Demostración de realización del autoexamen de mama

En la fase de preparación se realizó revisión del material bibliográfico con previo ensayo de la actividad, haciendo uso de la guía de observación del autoexamen de mama (**Anexo 3**) y durante la ejecución se iba realizando la demostración de cada paso de la guía para que la fémina visualizara como se hace cada paso de forma correcta en el procedimiento. Una vez concluida se procedió por segunda vez con ejemplificación por parte del auditorio para que siguiera los pasos simultáneamente, declarándose luego finalizada la demostración y escuchando siempre las sugerencias o inquietudes para evacuarlas y contribuir al fortalecimiento del vínculo médico-paciente. El objetivo de la actividad fue demostrar la técnica correcta del autoexamen de mama.

Sesión 6. Aplicación de la evaluación. Conclusiones de la intervención

La evaluación de la estrategia se realizó de tres formas, para la evaluación de los resultados se utilizó el mismo instrumento aplicado para el diagnóstico; para la evaluación de las actividades se empleara la técnica del PNI (Positivo, Negativo e Interesante), consiste en que los participantes al final de cada encuentro expresen su criterio del mismo; y para la evaluación del proceso se diseñó una encuesta que incluirá aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos; el cumplimiento de la planificación (cronogramas y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas.

El programa fue sometido a valoración de expertos utilizando el método Delphi. Para la selección de los expertos se tendrá en cuenta su experiencia en esta rama del saber y su consentimiento para participar. Se sometió a su valoración los temas escogidos, los objetivos del programa, los contenidos, la estructura y los métodos empleados, pertinencia y posibilidades de puesta en práctica.

Una vez valorado por los expertos y realizadas las modificaciones necesarias se procedió a implementar el programa. el propósito de esta etapa fue determinar la percepción de riesgo luego seis meses de aplicada la estrategia educativa, se realizara con un enfoque cualitativo, para la que se utilizará como métodos de obtención de la información una entrevista semi-estructurada, un grupo focal y la observación no participante. **(Anexos 2, 3, 4).**

RESULTADOS

Hubo un total de 50 mujeres identificadas con dos o más factores de riesgo de cáncer de mama en el consultorio 10 Policlínico Universitario "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" del municipio Cienfuegos. La media de edad fue de $54,04 \pm 7,4$ años. Los grupos de edad que predominaron fueron los comprendidos entre 50-59 y 60-69 años con un 24% y 22% respectivamente, así lo ilustra la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de pacientes por grupos de edad

Grupos de edad	No.	%
20-29	2	4
30-39	10	20
40-49	7	14
50-59	12	24
60-69	11	22
70 y más	8	16
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Según la Tabla 2, dos de cada cinco mujeres cuentan con un nivel de escolaridad de preuniversitario terminado para un 40%; seguido del universitario con 16 féminas.

Tabla 2. Distribución de pacientes atendiendo a nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	No.	%
Primaria terminada	2	4
Secundaria terminada	5	10
Técnico medio	6	12
Preuniversitario terminado	20	40
Universitario terminado	16	32
No escolarizado	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuesta

Aproximadamente 40 de las mujeres objeto de estudio tuvo en la encuesta inicial juntando una evaluación integral de todos sus acápites, más del 70% respuestas incorrectas por lo que se determinó que más del 80% no tenía conocimientos sobre los aspectos relacionadas a factores de riesgo, síntomas de alarma y

diagnostico precoz del cáncer mama; así como lo vinculado al autoexamen de mama. Se realiza este sistema de evaluación referenciado en cada uno de los acápite de las encuesta para luego de realizada la intervención proceder a comprobar los conocimientos adquiridos.

En el intercambio individualizado y dinámico con las féminas para aplicar la entrevista semiestructurada se pudo observar que la mayoría tenía conocimiento sobre la cuan frecuente resulta el cáncer de mama, lo definían como una enfermedad maligna que se manifiesta con un tumor en el seno y que en ocasiones puede ser muy agresivo; así como que representa una entidad que se puede tratar ya sea con cirugía y quimio y/o radioterapia. En cuanto a los factores de riesgo supieron identificar muy pocos solo mencionaban la edad, la historia familiar, los hábitos tóxicos, las tabletas anticonceptivas sin ser de conocimientos por las mismas otros factores igual de frecuentes. La detección precoz con el examen clínico de las mamas y específicamente lo relacionado al autoexamen, su comienzo, frecuencia, momento del ciclo menstrual, la correcta técnica de realización fueron los acápite con mayor dificultad y desconocimiento en la población de estudio. Y a su vez, todas estaban conscientes de la necesidad de acudir al médico al encontrar alguna anomalía morfológica en su seno.

Posteriormente se procedió a realizar la etapa de intervención durante 6 meses con periodicidad de un encuentro semanal. Una vez concluida se aplicó el mismo instrumento inicial y se compararon los resultados obtenidos. En relación al conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama antes de la intervención 40 mujeres carecían de una adecuada percepción en este sentido, lo cual se redujo a 3 después del trabajo educativo; así lo destaca la Tabla 3.

El conocimiento vinculado a los síntomas del cáncer de mama se logró incorporar por el 100% de las mujeres de forma acertada luego de esta etapa; además de la reducción a solo un 4% de pacientes que desconocen las técnicas de detección precoz de esta neoplasia maligna.

Tabla 3. Distribución de pacientes atendiendo a conocimientos de factores de riesgo, sintomatología y pruebas de detección precoz del cáncer de mama antes y después de la intervención.

Aspectos	Antes de la intervención				Después de la intervención			
	Sí conoce		No conoce		Sí conoce		No conoce	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento sobre los factores de riesgo	10	20	40	80	47	94	3	6
Conocimiento de la sintomatología	13	26	37	74	50	100	0	0
Conocimiento de las pruebas de detección precoz	6	12	44	88	48	96	2	4

Fuente: Encuesta

El conocimiento del autoexamen de mama se logró incrementar al 100% de la población de estudio, cuando inicialmente manejaban el concepto solo 4 mujeres; según la Tabla 4. La edad y el momento del ciclo menstrual idóneos para comenzar el autoexamen, al término de la intervención, fue correctamente identificado por las 50 féminas; cuando inicialmente lo conocían solo el 21% y el 5% respectivamente. Las principales deficiencias en estos acápite estuvo en la frecuencia de realización tanto en la mujer en etapa reproductiva como la que no menstrua; cuyo conocimiento fue adquirido de manera satisfactoria por el 88% y 94% en ese orden.

Tabla 4. Distribución de pacientes atendiendo a conocimientos de autoexamen de mama y su frecuencia, antes y después de la intervención.

Aspectos	Antes de la intervención				Después de la intervención			
	Sí conoce		No conoce		Sí conoce		No conoce	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimiento del autoexamen de mama	4	8	46	92	50	100	0	0
Edad para comenzar a realizarse el autoexamen	21	42	29	58	50	100	0	0
Frecuencia con que debe realizarse el autoexamen	9	18	41	82	44	88	6	12
Momento del ciclo menstrual idóneo para el autoexamen	5	10	45	90	50	100	0	0
Frecuencia de realización en mujer que no menstrua	3	6	47	94	47	94	3	6

Fuente: Encuesta

En la Tabla 5 se muestra que lo relacionado al lugar más adecuado de la casa para la realización del autoexamen de mama y la parte dela mano que se utiliza para una correcta técnica, fueron aspectos aprendidos por la totalidad de las mujeres (100%) luego de realizada la intervención; cuando antes de la misma era conocimiento de aproximadamente 13 y 10 pacientes solamente.

Tabla 5. Distribución de pacientes atendiendo a otros conocimientos de autoexamen de mama antes y después de la intervención.

Aspectos	Antes de la intervención				Después de la intervención			
	Sí conoce		No conoce		Sí conoce		No conoce	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lugar de la casa más adecuado para su realización	13	26	37	74	50	100	0	0
Parte de la mano que se utiliza en la práctica	10	20	40	80	50	100	0	0

Fuente: Encuesta

También una vez aplicada la encuesta semi-estructurada luego del periodo de intervención se pudo constar un mayor conocimiento del cáncer de mama, su definición, datos epidemiológicos, factores de riesgo, sintomatología y métodos

de detección precoz con especial interés en el autoexamen de mama. Mayor dominio del tema especialmente por pacientes jóvenes con edad entre 20 y 40 años y un nivel educacional predominante de pre y universitario.

En cuanto al PNI para resaltar lo positivo e interesante del curso se refirieron a la importancia del curso para elevar la percepción de riesgo sobre el cáncer de mama, identificar los factores de riesgo y sus síntomas para poder actuar en consecuencia y evitar complicaciones, y los métodos de detección temprana con especial interés en el autoexamen de mama como herramienta indispensable siempre que se realice con la técnica y frecuencia adecuadas. Sin destacar aspectos negativos en el proyecto de intervención ejecutado.

Se aplicó la guía de observación del autoexamen de mama a cada una de las mujeres, obteniendo calificación de excelente 12 mujeres, muy bien 15, bien 18, Regular 3 y Mal 2. Con las 5 féminas evaluadas de regular y mal se desarrolló un grupo focal donde los participantes y los autores como moderadores llevaban a cabo un debate sobre las posibles causas de no aprensión correcta de conocimientos durante la intervención y las mujeres que no se realizaban el autoexamen de mama aun terminado el curso. Se intercambió acerca de las dificultades para aprender a realizarlo, la motivación, privacidad, organización del tiempo y apoyo familiar; además de miedos de las pacientes por los posibles hallazgos que pudieran encontrar; sirviendo de complemento a los ejercicios realizados con anterioridad.

En general, cerca de un 90% realizó de manera correcta la técnica de autoexamen de mama bajo la supervisión de la autora tomando como referencia la guía de observación; además de acertar en las respuestas de la encuesta inicial y adquirir los conocimientos básicos de prevención y detección precoz del cáncer de mama en más de un 88% de las féminas. Estos resultados reflejan un incremento considerable de la percepción de riesgo de esta entidad por las mujeres que son objeto de estudio.

DISCUSIÓN

A pesar de los enormes esfuerzos científicos dedicados al estudio del cáncer de mama, aún quedan numerosos problemas básicos sin solucionar. Ante esta situación se impone un enfoque nuevo en la política de salud para poder alcanzar el control de este problema tan difícil de resolver, pero susceptible a ser modificado si se logra crear un nuevo estilo de vida en la población a fin de vigilar y erradicar los factores precursores y causales de esta enfermedad, por lo que resulta necesario incrementar el nivel de información sobre el tema en las mujeres.

En el consultorio 10 Policlínico Universitario "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" del municipio Cienfuegos fueron identificadas medio centenar de mujeres con dos o más factores de riesgo de cáncer de mama con una media de edad de más de 50 años. Existen diversas investigaciones ^(30, 31, 35, 36) que no difieren en cuanto a los resultados sociodemográficos obtenidos. Estos resultados son justificables si se toma en cuenta el envejecimiento poblacional en Cuba el cual constituye una problemática en ascenso en los últimos años.

El envejecimiento de la población fue uno de los fenómenos más marcados en el siglo XX. Según cálculos demográficos mundiales de las Naciones Unidas en el año 1950 habían alrededor de 200 000 000 de personas de 60 años y más, que aumentaron en el año 1975 a 350 000 000. Actualmente esta cifra va en ascenso debido, entre otros factores, a la disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad infantil, la mejoría en la atención sanitaria, el control de enfermedades infecto-transmisibles y el aumento en la expectativa de vida. Se estima que en 2030 el 16.6 por ciento de la población mundial esté envejecida y en 2050, esta cifra podría ascender a 21.4 por ciento. En otras palabras, mientras que en 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. La tasa anual de crecimiento de este grupo en la actualidad es de 2.2 por ciento, y llegará a ser hasta de 3 por ciento en la segunda década del siglo XXI. ⁽³⁰⁾

Resulta importante tener en cuenta la edad pues los factores de riesgo para padecer cáncer de mama se incrementan en pacientes adultos y de la tercera edad. Según algunas investigaciones ^(26, 32, 34, 36) las mujeres menores de 50

años poseen una menor incidencia cáncer de mama y son más propensas a un diagnóstico precoz del mismo, sin embargo en los EEUU el 79 % de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres mayores de 50 años, el 21 % en mujeres menores de 50 años y con edad promedio de 65 años al momento del diagnóstico. Estos resultados pueden ser probablemente secundarios a factores genéticos o medioambientales y no son claramente entendidos a la luz de los conocimientos actuales.

Otro estudio realizado ⁽³⁷⁾ evidenció que el 19.8% de las mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama entre los 30 y 40 años, el 32.1% entre los 41 y 50 años y el 48.1% a una edad mayor de los 50 años. Esto pone de manifiesto como la edad constituye un factor de riesgo no modificable que predispone a la aparición del cáncer de mama; agregando el color blanco de la piel, el cual se describe en la literatura ^(24, 26, 30, 31-33) se asocia más con la aparición de este cáncer; esta variable no fue objeto de estudio en la investigación.

En el presente estudio dos de cada cinco mujeres cuentan con un nivel de escolaridad de preuniversitario terminado; seguido del universitario. Precisamente el alto nivel de formación educacional contribuyó, entre otros factores, a que las féminas elevaran su percepción de riesgo mediante la intervención programada por la autora.

Durante la etapa diagnóstica cuatro de cada cinco mujeres objeto de estudio tuvo en la encuesta inicial juntando una evaluación integral de todos sus acápites, más del 70% respuestas incorrectas, lo que confirmó que la mayoría de las féminas no tenía conocimientos sobre elementos vinculados a factores de riesgo, signos de alarma y diagnóstico precoz del cáncer mama; y dentro de este último los aspectos técnicos del autoexamen de mama. Se decide llevar a cabo este sistema de evaluación en la encuesta para luego de la intervención proceder a comprobar los conocimientos adquiridos aplicando el mismo instrumento y comparando los resultados obtenidos.

En el intercambio con las féminas para aplicar la entrevista semiestructurada se pudo observar que la mayoría tenía conocimiento sobre la frecuencia del cáncer de mama, lo conceptualizaban como una entidad maligna que se manifiesta con

un aumento de volumen y que en ocasiones podía acabar con la vida de las personas; así como que era una enfermedad que podía tener varias opciones terapéuticas. En cuanto a los factores de riesgo, la percepción fue menor, supieron identificar muy pocos: la edad, la historia familiar, los hábitos tóxicos, las tabletas anticonceptivas sin ser de conocimientos por las mismas otros factores igual de frecuentes como la menarquia precoz, menopausia tardía, no lactar, no tener hijos, primer hijo después de los 30 años, radiaciones ionizantes, entre otras.

La menopausia es una de las etapas críticas en la vida de la mujer en que se favorece la ganancia de peso y el desarrollo o agravamiento de la obesidad. Es en ésta época cuando se encuentra la prevalencia de obesidad más elevada condicionada por un aumento de la ingesta y una disminución del gasto energético. Después de la menopausia, los ovarios dejan de producir estrógenos y el tejido adiposo se convierte en la principal fuente de esa hormona, de manera que, aquellos tejidos que como el parénquima mamario son muy sensibles a los estrógenos, quedan expuestos a un mayor estímulo entre las mujeres obesas. Esta circunstancia representa un riesgo mayor de desarrollar una neoplasia y en su caso, a un crecimiento más rápido de los tumores hormono-dependientes, fundamentalmente de los estrógenos. Existen evidencias de que las grasas aumentan directamente los niveles de estas hormonas en sangre. Los niveles de estrógenos en mujeres posmenopáusicas obesas son entre 50 y 100 % más altos que en las mujeres con peso adecuado. ^(35, 37)

La detección precoz con el examen clínico de las mamas y específicamente lo relacionado al autoexamen, su comienzo, frecuencia, momento del ciclo menstrual, la correcta técnica de realización fueron los acápites con mayor dificultad y desconocimiento en la población de estudio. Y a su vez, todas estaban conscientes de la necesidad de acudir al médico al encontrar alguna anomalía morfológica en su seno.

El autoexamen de la mama, recomendado desde los años cincuenta por su sencillez y bajo costo, parece descansar en el conocimiento intuitivo de las mujeres que lo practican, cuando lo hacen correcta y periódicamente. Se señaló

que su práctica adecuada y sistemática posibilita diagnosticar esta enfermedad en estadios iniciales, lo que posibilita un mayor índice de durabilidad, un mejor pronóstico y un tratamiento menos invasivo para la mujer. Un estudio realizado ⁽³⁸⁾ muestra que el nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama era del 64.29 % de las féminas que refirieron conocer la técnica del examen; la frecuencia de la realización del autoexamen de mama referido señala que sólo el 12.86% de ellas lo hacen mensualmente.

En una investigación ⁽³³⁾, la mayoría de las estudiantes de medicina manifiestan que se volverían más temerosas frente a la enfermedad, lo que las llevaría a querer hacerse algún tipo de examen para la prevención de la neoplasia. Estos resultados deben ser tomados en cuenta por las universidades para apoyar la detección temprana del cáncer de mama, ya que las estudiantes de ciencias de la salud estarán próximamente en contacto con pacientes en los hospitales. A través de esto, se espera concientizar a las mujeres en las prácticas de despistaje de cáncer mamario, y puedan comprender que, a través de cambios sencillos y continuos en su conducta, formarán parte del proceso para la disminución de la mortalidad e incidencia de esta neoplasia.

En una investigación de Vilca-Tapullima y col. ⁽²¹⁾ destaca que el 80% de las mujeres en su estudio no tienen conocimiento sobre el AEM, y tan solo el 53% se lo ha hecho, aunque no aclaran si preguntaron acerca de él o si usan la técnica adecuada. De este porcentaje se reporta que el 25% afirma que lo hace cada mes y el 9% entre cuatro y diez días después de la menstruación, al 15% les enseñaron cómo practicarse el examen en un servicio de salud. Estos resultados difieren de los obtenidos en la presente investigación.

En diversos estudios ^(39, 40, 41) se evidencia que pocas mujeres se realizan el AEM y en las que sí lo hacen se encuentran inconsistencias en la frecuencia, oportunidad y ejecución de las maniobras que contempla el examen: inspección y palpación; lo que viene a corroborar estudios anteriores que muestran que el grado de escolaridad influye notablemente en la práctica adecuada del AEM. Según lo obtenido por Cuenca y col. ⁽²⁹⁾ la prevalencia de la escolaridad preuniversitaria favoreció que las pacientes entendieran la importancia del

diagnóstico precoz y de la atención médica, además de permitirle el acceso al Sistema Nacional de Salud, lo cual ayudó al seguimiento y tratamiento de esta entidad clínica. Si en el caso de la presente investigación que todas las féminas tienen escolaridad preuniversitaria, a excepción de las ya graduadas, es de esperar que su accionar en la detección temprana del cáncer se haga visible; aunque la realidad es que existen deficiencias marcadas en la periodicidad y el conocimiento del AEM. Es relevante explorar las razones que explican la diferencia entre el conocimiento y la práctica, puesto que así se pueden implementar estrategias personalizadas para fomentar la práctica del AEM.

Hay varios argumentos que pueden explicar la disminuida frecuencia de la práctica del AEM. Por ejemplo, la falta de conocimiento de la técnica, el miedo a la enfermedad y la percepción de menor riesgo de desarrollar cáncer mamario por ser jóvenes. Otros autores ^(34, 42-44) muestran, que el hecho de haber terminado los estudios secundarios incide significativamente en la probabilidad de realizar el examen con la frecuencia, oportunidad y técnica correcta; pues el mayor porcentaje de los controles que no conocía del AEM solo completó la educación básica.

Un estudio en Colombia ⁽²³⁾, destacó que en la población de estudiantes universitarias el 56% de practicaban el AEM, con una frecuencia mensual, pero no tenían en cuenta el ciclo menstrual para hacerlo. La práctica del AEM en las estudiantes de enfermería de la ciudad de Cartagena está representada por el 2%, quienes se lo realizan con una frecuencia mensual, entre el 4 al 10 día desde el primer día de la menstruación, palpan y observan las mamas, incluyen el pezón en la inspección y exploran un seno por vez.

The American Cancer Society, recomienda que todas las mujeres deben ser capacitadas y se deben realizar, siguiendo una técnica preestablecida, cada mes el autoexamen de mama y un examen físico anual. Por su parte, la Norma Técnica Colombiana de Detección Temprana de Cáncer de Mama recomienda brindar a todas las mujeres mayores de 20 años, educación en autoexamen de mama, y de manera obligatoria a toda mujer por encima de los 50 años de edad

la realización de una mamografía de cuatro proyecciones cada dos años, independiente de la presencia o no de signos o síntomas en la mama. (23, 33)

Luego de identificar la baja percepción de riesgo inicial que tenían las pacientes relacionado con el cáncer de mama, se procedió a realizar la etapa de intervención durante 6 meses con periodicidad de un encuentro semanal. Durante este periodo los intercambios fueron muy productivos, las mujeres participaban con experiencias personales y hacían interrogantes para evacuar dudas cuando no comprendían bien un contenido. Se empleó un método más bien expositivo-ilustrativo pero en algunas ocasiones era de elaboración conjunta. La asistencia y puntualidad, así como la disciplina del auditorio siempre se mantuvo muy acorde.

Una vez concluida esta etapa, se aplicó el mismo instrumento inicial y se compararon los resultados obtenidos. En relación al conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama, el cual antes de la intervención era deficitario, se incrementó notablemente pues solo tres pacientes después del trabajo educativo seguían presentando dificultades en este sentido.

El conocimiento vinculado a los síntomas del cáncer de mama se logró incorporar por la totalidad de las mujeres de forma acertada luego de esta etapa; además de la reducción a menos del cinco por ciento de mujeres, el desconocimiento de las técnicas de detección precoz de esta neoplasia maligna. Estos resultados hablan a favor de una intervención oportuna y exitosa en cuanto a los objetivos trazados, los cuales se lograron cumplir.

El conocimiento del autoexamen de mama se logró incrementar a todas las mujeres de la población de estudio, cuando inicialmente manejaban el concepto solo cuatro; al igual que la edad y el momento del ciclo menstrual idóneos para comenzar el autoexamen, al término de la intervención. Las principales deficiencias en estos acápites estuvo en la frecuencia de realización tanto en la mujer en etapa reproductiva como la que no menstrua; cuyo conocimiento fue adquirido de manera satisfactoria `por aproximadamente nueve de cada 10 mujeres.

En lo que respecta al lugar más adecuado de la casa para la realización del autoexamen de mama y la realización de una técnica correcta, fueron aspectos aprendidos por todo el universo de mujeres luego de ejecutada la estrategia educativa. También una vez aplicada la encuesta semi-estructurada luego del periodo de intervención se pudo constatar un mayor conocimiento del cáncer de mama, su definición, datos epidemiológicos, factores de riesgo, sintomatología y métodos de detección precoz con especial interés en el autoexamen de mama. Mayor dominio del tema especialmente por pacientes jóvenes con edad entre 20 y 40 años con un nivel educacional predominante de pre y universitario. Elementos que corroboran la calidad y lo acertado de la intervención

Dentro de lo referenciado del curso, destacaron la importancia para elevar la percepción de riesgo sobre el cáncer de mama, para poder actuar en consecuencia y evitar complicaciones, y los métodos de detección temprana con especial interés en el autoexamen de mama como herramienta indispensable siempre que se realice con la técnica y frecuencia adecuadas..

Fue aplicada la guía de observación del autoexamen de mama, donde nueve de cada diez mujeres obtuvo calificaciones de excelente, muy bien y bien. Con las féminas evaluadas de regular y mal se desarrolló un grupo focal donde los participantes y la autora junto a otros especialistas como moderadores llevaban a cabo un debate sobre las posibles causas de la no adquisición correcta de conocimientos. Se intercambió acerca de las dificultades para aprender a realizar el autoexamen de mama, la motivación, privacidad, organización del tiempo y apoyo familiar; además de miedos de las pacientes por los posibles hallazgos que pudieran encontrar; sirviendo de complemento a los ejercicios realizados con anterioridad.

El cáncer de mama, independientemente de su componente genético (determinado por acción de componentes aberrantes intracelulares, radicales libres y especies reactivas del oxígeno ⁽³⁰⁾ que dañan la microanatomía celular) y multifactorial; es un problema que progresivamente, ha venido cobrando importancia en el panorama de la salud pública mundial y por esa razón se hace necesario estructurar estrategias de capacitación y motivación a los agentes de salud para inducir en las usuarias, una práctica constante y adecuada del

autoexamen de mama encaminada hacia la detección temprana, como un primer paso para racionalizar la infraestructura en un nivel más tecnificado que incluiría el examen clínico de la mama y el tamizaje de oportunidad con mamografía. Precisamente constituye el principal aporte identificar las dificultades de la población y promover medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Al final del ejercicio en todas sus etapas, se pudo comprobar que la mayoría de las mujeres del estudio realizó de manera correcta la técnica de autoexamen de mama bajo la supervisión de la autora tomando como referencia la guía de observación; además de acertar en las respuestas de la encuesta inicial y adquirir los conocimientos básicos de prevención y detección precoz del cáncer de mama. Estos resultados evidencian un incremento considerable de la percepción de riesgo de esta entidad por las mujeres en la presente investigación.

CONCLUSIONES

La percepción de riesgo sobre factores predisponentes, signos de alarma y métodos de detección precoz del cáncer de mama, en especial lo relacionado con el autoexamen de mama realizada a las mujeres con dos o más factores de riesgo para padecer la enfermedad; se incrementó considerablemente luego de realizada la intervención en sus diferentes etapas. Las féminas con edades comprendidas entre los 50-70 años con un nivel educacional medio-superior fueron representativas, unido a instrumentos como encuestas semi-estructuradas, guías de observación y grupos focales desarrollados; lo que contribuyó a una adecuada aprehensión de los conocimientos impartidos en la estrategia educativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra Valdés MA, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Revista Finlay [Internet]. 2018 [citado 1 Dic 2018]; 8(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf08208.pdf>
2. Alonso Martínez . La historia del cáncer: cómo una enfermedad ha perseguido a los humanos durante miles de años. [Internet] 2018. Disponible en: <https://culturacolectiva.com/historia/historia-del-cancer-una-enfermedad-de-miles-de-anos>
3. Basurto A E, Lozano Arrazola A, Rodríguez Velázquez AL, Galindo Vázquez O, Alvarado Aguilar S. Impacto psicológico del Cáncer de Mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. Ene - Feb 2014 [citado 4 Ene 2019];13(01). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-90327879>
4. Alcántara Mantilla, Y E. Relación entre el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y la actitud frente a este procedimiento en el personal femenino del área administrativa de la universidad nacional de Cajamarca. [Tesis]. 2016. [citado 4 Ene 2019]. Cajamarca – Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias de la Salud escuela académico profesional de obstetricia. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/970>
5. Rodríguez-Pino M, Martínez-Navarro J, Martínez-Navarro V, Fumero-Roldán L. Carcinoma micropapilar invasivo de la mama: una neoplasia poco frecuente. A propósito de un caso. Medisur [Internet]. 2018 [citado 17 Ene 2018]; 16(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3800>
6. Chipana Canchoa C , Salomé Olivera E ,Salomé Rojas C. Eficacia de un programa educativo de enfermería en el nivel de conocimiento sobre prevención de Cáncer de Mama en mujeres de 30-65 años en una comunidad urbano marginal de lima metropolitana, octubre-2016 [Tesis]. 2017 [citado 4

- Ene 2019]. Lima-Perú: Universidad Peruna Cayetano Heredia. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/887>
7. Federico Mendoza A. Caracterización Sociodemográfica y Epidemiológica de las Neoplasias más frecuentes Atendidas en el Hospital Escuela Universitario, Honduras ARCHIVOS DE MEDICINA. [Internet]. 2017 [citado 22 Ene 2019]; 13(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/caracterizacioacuten-sociodemografica-y-epidemioloacutegica-de-las-neoplasias-maacutes-frecuentes-atendidas-en-el-hospital-escuela.pdf>
 8. Bergantiño-Collazo N, Suárez-Rodríguez A. Mortalidad por tumores malignos en la provincia Cienfuegos en los años 2004-2013. Revista Finlay [Internet]. 2014 [citado 17 Mar 2019]; 4(4):[aprox. 12 p.].Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/312>
 9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2020 [citado 10 Sep 2020].Factores de Riesgo. Disponible en: <http://www.who.int/topics/risk-factors/es/>
 10. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico, 2017 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018 [citado 30 Oct 2022] Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2018/04/anuario-estadistico-de-salud-2018.pdf>
 11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico, 2019 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2020 [citado 30 Oct 2022] Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/04/anuario-estadistico-de-salud-2020.pdf>
 12. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico, 2021 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2022 [citado 30 Oct 2022] Disponible en:

<http://files.sld.cu/bvscuba/files/2022/04/anuario-estadistico-de-salud-2022.pdf>

13. Harrison. Principios de Medicina Interna. Cáncer de mama 21. México: Ed. Interamericana-McGraw-Hill; 2017
14. Reina-Suárez M, Ramos-Rangel Y, Cisnero-Pimentel L, Reina-Sarmiento M, Alcelú-Sarduy M, González-Suárez M. Caracterización de pacientes con cáncer de mama y sus familiares acompañantes. Medisur [revista en Internet]. 2018 [citado 17 Mayo 2019]; 6(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3857>.
15. Rodríguez Pérez A. Afecciones mamarias. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2010.
16. Moraga Rodríguez A, Zamora Matamoros L, Sagaró del Campo NM, Moraga Rodríguez A, Rodríguez Griñán A. Análisis estadístico implicativo para la identificación de factores pronósticos de la mortalidad por cáncer de mama. MEDISAN [Internet]. 2017 Abr [citado 23 Abr 2018]; 21(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000400003&lng=es.
17. Rivero Morey RJ, Bordón González LM, Rivero Morey J, Lima Navarro V. Caracterización de mujeres con riesgo de cáncer de mama. Univ Med Pinareña [Internet]. 2019 [citado 12 Ene 2023]; 15(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/612>
18. Rivero-Morey RJ, Rivero-Morey J, Magariño-Abreus LdR, García-Quintana IA. Caracterización del estado de salud de 50 familias en el municipio de Cienfuegos. EsTuSalud [Internet]. 2022 [citado 12 Dic 2022]; 4(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/192>.
19. Rivero Morey RJ, Rivero Morey J, Bordón González LM, Lima Navarro V, Niebla Gómez N. Factores de riesgo y nivel de conocimientos sobre cáncer de mama en la mujer en estudiantes de Medicina. MEDICIEGO [Internet]. 2020 [citado 12 Dic 2022]; 26(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1808/2030>
20. Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J, Juárez Aguilar LA, Medina Núñez CA. Cáncer de mama: una visión general. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2021 Sep [citado 4 de Abr 2023]; 19(3): [aprox. 9 p.]. Disponible

en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354&lng=es. Epub 04-Abr-2022

21. Vilca-Tapullima C, Quispe-Manrique N, Vega-Fernandez A, Correa-Lopez LE. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en estudiantes de medicina humana; URP; 2017. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2017 [citado 12 Abr 2019]; 17(2): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/831/744>
22. Álvarez L, Durón R, Medina F, Gómez S, Henríquez O, Castro CE. Conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer de mama y el autoexamen para detección temprana. Rev Med Hondur [Internet]. 2017 [citado 14 Abr 2019]; 85 (3-4) [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2017/pdf/Vol85-3-4-2017-4.pdf>
23. Bohórquez-Moreno C, Castillo-Ávila I, Montalvo-Prieto A. Autoexamen de mama en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia. ArchMed (Manizales).[Internet].2017 [citado 24 Ene 2019];17(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273854673015/html/index.html>
24. Navarro-Ibarra MJ, Caire-Juvera G, Ortega-Vélez MI, Bolaños-Villar AV, Saucedo-Tamayo MS. Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citado 6 Mar 2019]; 32(1): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000700042
25. Díaz García N, Cuadrado Rouco C, Vich P, Álvarez-Hernández C, Brusint B, Redondo Margüello E. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (V/V). Semergen Medicina familiar [Internet] 2015 [citado 21 Mar 2019]; 41(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-actualizacion-del-cancer-mama-atencion-90391091?referer=buscador>
26. Fernández T Á, Reigosa YA. Riesgo de cáncer de mama en mujeres con patología mamaria benigna. Comunidad y Salud [Internet]. 2015 Jun [citado 25 Feb 2019]; 13(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000100011&lng=pt.

27. Calzado Begué D, De la Torre Rosés MV, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama RevInfCient [Internet]. 2014 [citado 6 de Mar 2019]; 83(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/994/2337>
28. Carrillo-Larco RM, Espinoza-Salguero ME. Nivel de conocimiento y frecuencia de autoexamen de mama en alumnos de los primeros años de la carrera de Medicina. Rev Med Hered [Internet]. 2015 [citado 12 Abr 2019]; 26: [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n4/a02v26n4.pdf>
29. Cuenca Rodríguez C, Despaigne Biset AE, Beltrán Mayeta Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". MEDISAN [Internet]. 2013 Oct [citado 15 Abr 2019]; 17(9): [aprox. 22 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900005
30. León-Regal M, Cedeño-Morales R, Rivero-Morey R, Rivero-Morey J, García-Pérez D, Bordón-González L. La teoría del estrés oxidativo como causa directa del envejecimiento celular. Medisur [Internet]. 2018 [citado 12 Ene 2019]; 16 (5): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article>
31. Oliva Anaya CA, s Cantero Ronquillo HA, García Sierra JC. Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 [citado 13 Abr 2019]; 54(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300010
32. Torres-Roman MA, Arce-Huamani EF, Ruiz Mejía CR. Actitudes frente a la autoexploración de mama en dos facultades de ciencias de la salud de Ica, Perú: un estudio piloto. Salud Pública Méx [Internet]. Mar-Apr 2017 [citado 12 Ene 2019]; 59 (2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000200117

33. Álvarez A, Castro CE, Rodríguez LN, Donaire KD. Conocimiento de las estudiantes de UNITEC sobre el cáncer de mama y su detección temprana usando la autoevaluación. Innovare [Internet]. 2017 [citado 12 Abr 2019]; 6 (1) [aprox. 17 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319419888_Conocimiento_de_las_Estudiantes_de_UNITEC_sobre_el_Cancer_de_Mama_y_su_Deteccion_Temprana_USando_la_Autoevaluacion
34. Santaballa Bertrán A. Cáncer de mama. SEOM [Internet]. 2023 [citado 12 Abr 2023]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
35. de Dios-Hernández Daneilys. Avances en la caracterización y el tratamiento del cáncer de mama. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2022 Jun [citado 4 Abr 2023]; 26(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000300024&lng=es.
36. Colectivo de autores. Datos y estadísticas sobre el cáncer de mama. BREAST CANCER ORG [Internet]. 2023 [citado 12 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/es/datos-estadisticas>
37. Rosero Ordoñez AK, Pincay Francis AA, Solorzano Holguín LS, Castro Jalca AD. Cáncer de Mama: Prevalencia, Factores de Riesgo y Métodos Diagnósticos. Higía [Internet]. 2022 [citado 4 Abr 2023]; 7(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/729>
38. Cruz-Bautista KP, Ortiz-Martínez AK, Canizalez-Mendoza LC, Cruz-Salas Mariana L, Candelas-Macías RI, Guerrero-Mojica N et al. Experiencia vivida subjetiva de mujeres con cáncer de mama en un hospital general. Ene. [Internet]. 2022 [citado 3 Abr 2023]; 16(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100005&lng=es.
39. Silva AM, Martínez AO, Escobar SG, González AL. Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA. [Internet] 2020 [citado 20 Feb 2023]; 10(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200748322020000300102&script=S>

40. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali. *Biomédica*. [Internet] 2020 [citado 13 Feb 2022]; 40(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012041572020000200349&script=sci_abstract&tlng=es
41. Cordeiro L de AM, Nogueira DA, Gradim CVC. Mujeres con neoplasia mamaria en la quimioterapia adyuvante: evaluación de la calidad de vida. *Rev Enferm UERJ*. [Internet] 2018 [citado 20 Ene 2023]; 26(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17948/26110>
42. Setyowibowo H, Purba FD, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, Sadarjoen SS, Passchier J, et al. Quality of life and health status of Indonesian women with breast cancer symptoms before the definitive diagnosis: A comparison with Indonesian women in general. *PloS One*. [Internet] 2018 [citado 20 Nov 2022];13(7): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6053201/>
43. Puerto HM, Carrillo GM. Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Rev Universidad Industrial Santander. Salud* [Internet]. 2018 [citado 22 Abr 2022]; 47(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3438/343839278004>
44. Azez Marouf M, Ávila Sánchez M. Caracterización de la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama, en el Policlínico 14 de Junio, 10 de Octubre. *Rev Tecnología* [Internet]. 2022 [citado 22 Abr 2023]; 13(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/3931>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre los factores de riesgo relacionados con el Cáncer de Mama y autoexamen de mama.

Estimada paciente:

Solicitamos su colaboración para completar el siguiente cuestionario su participación es anónima y toda la información que aporte tiene gran valor para mejorar el estado de salud de la población femenina. Le solicitamos sinceridad en sus respuestas y le agradecemos de antemano su ayuda. Toda la información que pueda aportarnos tiene gran valor para nuestro estudio y es muy importante que responda con sinceridad según su propia experiencia.

Edad: _____ Nivel de Escolaridad: _____

1. De las opciones que le ofrecemos a continuación marque cuales usted considera que sea un condición para que una mujer este más en riesgo padecer el Cáncer de Mama.
 - a) _____ Tener 40 o más años de edad.
 - b) _____ Tener un familiar que ha padecido la enfermedad madre, tía, hermana.
 - c) _____ Comer con mucha grasa.
 - d) _____ Tener sobre- peso.
 - e) _____ Mantenerse casi siempre estresada.
 - f) _____ No realizar ejercicios físicos de forma rutinaria.
 - g) _____ No realización de actividades cotidianas frecuentemente.
 - h) _____ No haber tenido la posibilidad de dar de lactar a su hijo.
 - i) _____ Haber tenido la menstruación tempranamente (antes de los 12 años).
 - j) _____ No tener hijos.
 - k) _____ El hábito de fumar e ingerir bebidas alcohólicas
2. De los siguientes síntomas, marque con una X, los que usted cree debería buscar ayuda médica.
 - a) _____ Abultamiento en una de las mamas.
 - b) _____ Dolor persistente en una de sus mamas.
 - c) _____ Inflamación y enrojecimiento del pezón.

- d) ☐ Sensación de elevada temperatura alrededor de la mama.
 - e) ☐ Secreciones por el pezón
 - f) ☐ Cambios en la posición del pezón (el pezón se invierte).
3. ¿Qué pruebas o exámenes para la detección temprana del Cáncer de Mama conoce? Marque con una X.
- a) ☐ Autoexamen.
 - b) ☐ Examen médico.
 - c) ☐ Mamografía.
4. ¿Conoce usted como realizarse el auto examen de mama?
- SI ☐ NO ☐
5. ¿A qué edad debe comenzar a realizarse el autoexamen de mama?
- a) ☐ A los 20 años
 - b) ☐ después de los 30 años
 - c) ☐ después de los 40 años.
6. ¿Cuántas veces usted cree que debe realizarse el auto examen de mama?
- a) ☐ Una vez a la semana.
 - b) ☐ Una vez al mes.
 - c) ☐ Cada tres meses.
 - d) ☐ Una vez al año.
 - e) ☐ Cuando se me ocurre
7. ¿En qué momento del ciclo menstrual cree usted que se debería realizar el auto examen? Señale la opción que considere correcto.
- a) ☐ Antes de la menstruación.
 - b) ☐ A mitad del ciclo menstrual.
 - c) ☐ Después de pasar la menstruación.
 - d) ☐ En cualquier momento del mes.
8. Cada cuánto tiempo cree que deberían realizarse el autoexamen de mama las mujeres que no tienen menstruación (Marque con una X la opción que considere correcta)
- a) ☐ No tiene que realizarse el auto examen.
 - b) ☐ Debe realizarlo todos los meses (el día elegido por la paciente).
 - c) ☐ Debe realizarlo cada 3 meses.
 - d) ☐ Debe realizarlo una vez al año.

9. ¿Qué lugar de la casa cree que sea el más adecuado para realizar el auto examen?
- a) ___ Acostada en la cama
 - b) ___ Frente al espejo
 - c) ___ En la ducha
 - d) ___ Cualquier lugar
10. ¿Qué parte de la mano se utiliza para realizar el auto examen de mama?
- a) ___ La palma de la mano
 - b) ___ Los dedos juntos
 - c) ___ Los dedos separados
 - d) ___ Toda la mano

Anexo 2. Guía para la entrevista semi-estructurada

Tópicos a tener en cuenta para la obtención de la información:

- Definición del Cáncer de Mama en cuanto a frecuencia, gravedad, curabilidad y letalidad.
- Determinar cuáles son factores de riesgo que reconoce la mujer ella posee para padecer Cáncer de Mama.
- Referir que acciones se realiza la mujer para detectar tempranamente un Cáncer de Mama.
- Determinar la práctica del autoexamen de mama en cuanto a:
 - Edad de comienzo para su realización.
 - Frecuencia con que se lo realiza.
 - Momento del ciclo menstrual en que se lo realiza
 - Técnica correcta de realización.
- Establecer que haría la paciente en caso de encontrar alguna afección de la mama.
- Frecuencia con que la paciente acude, espontáneamente, para realizarse el examen clínico de las mama a un profesional de la salud.

Anexo 3. Guía de observación para el autoexamen de mama

- 1- Inicia el autoexamen de mama frente al espejo, con los brazos al lado del cuerpo, se fija si hay cambio de coloración en ambas mamas, zonas salientes (nódulos) u hoyuelos, comparando la simetría de las mamas y el tamaño, observar si los pezones son normales, si hay descamación de la piel.
- 2- Pone las manos en la cadera inspeccionando las mismas anomalías anteriormente descritas.
- 3- Con las manos en la cadera hace presión firmemente hacia abajo, inclinándose levemente hacia el espejo impulsando los codos y los hombros hacia adelante.
- 4- Pone los brazos extendidos hacia arriba para realizar, una vez más, la misma observación del 1er paso.
- 5- Coloca su mano izquierda detrás de la cabeza y examina la mama izquierda con la mano derecha a favor de las manecillas del reloj comenzando desde arriba y presiona con la punta de los dedos (todos juntos) haciendo lentamente un movimiento circular, buscando si existe presencia de nódulos u otras anomalías.
- 6- Cuando termina el horario, vuelve a poner los dedos y la mano en la misma actitud pero ahora alrededor del pezón y con movimientos circulares, desde las 12 horas y en el sentido de las agujas del reloj va haciendo círculos concéntricos.
- 7- Observa si por el pezón existe secreción espontánea amarillenta o sanguinolenta, no inducida.
- 8- Realiza una pequeña palpación del área cercana a la axila.
- 9- Realizar la misma operación en su otra mama, utilizando su mano contraria y siguiendo los mismos pasos.
- 10- Realiza los mismos pasos estando acostada, colocando una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda su mama derecha, y luego repitiendo la misma operación con la mama izquierda.

Fuente: Norma técnica oncológica para la prevención, detección y diagnóstico temprano del Cáncer de Mama a nivel nacional.¹⁵

Anexo 4. Guía del grupo focal

Se definen las preguntas teniendo en cuenta algunos de los elementos que pudieron interferir en la modificación de la percepción del riesgo de las mujeres. Las participantes deben hacer referencia a las causas de la no realización del autoexamen de mama tener en cuenta elementos como:

- Dificultades para aprender a realizarlo.
- Motivación para su realización.
- Privacidad en el momento de su ejecución.
- Organización del tiempo.
- Apoyo familiar.
- Presencia de miedos a los hallazgos que pudieran encontrar.

Anexo 5. Guía del moderador para la organización de las ideas en el desarrollo de los grupos focales

Saludo y presentación

Explicar el objetivo que es identificar elementos que pudieron interferir en la modificación de la percepción del riesgo de las mujeres.

Informar que el uso del resultado del grupo focal es solamente con fines investigativos.

Referir que la participación es voluntaria, que se respeta la decisión de los participantes de no estar presentes.

Se explica la forma de desarrollo de la actividad, donde primero se hace la presentación de cada participante, después se formularán las preguntas las que serán respondidas sobre la base de las experiencias personales de cada paciente que participo en la intervención. Si los participantes están de acuerdo se presenta al moderador y se comienza la actividad, previa presentación de los integrantes.

Las participantes deben hacer referencia a las causas de la no realización del autoexamen de mama tener en cuenta elementos como:

- Dificultades para aprender a realizarlo.
- Motivación para su realización.

- Privacidad en el momento de su ejecución.
- Organización del tiempo.
- Apoyo familiar.
- Presencia de miedos a los hallazgos que pudieran encontrar.

Agradecimientos a los participantes.

Anexo 6. Consentimiento Informado de la paciente

En mi condición de persona adulta, _____ Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en el proyecto de investigación titulado, “Estrategia educativa para modificar percepción de riesgo del Cáncer de Mama. Consultorio 8. Área III. Cienfuegos”. Previa explicación recibida por parte de la Dra. Vivian Lima Navarro, jefa del mismo y la Dra. Rachel Silva Molina investigadora.

Nos fue explicado que:

- Durante la investigación se aplicará un cuestionario, instrumento diseñado con el objetivo de determinar la percepción de riesgo para el Cáncer de Mama y se aplicara una intervención para modificar esta percepción lo que redundara en un mejor manejo de la salud individual y familiar.
- Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales.
- Se me han explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y medios que serán utilizados en la misma.
- Mi consentimiento para participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.
- Podré retirarme en cualquier momento que lo considere necesario, durante la de investigación sin que tenga que explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud y de los investigadores.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del ____.

Firma del paciente

Firma Jefa del Proyecto

Anexo 7. Consentimiento Informado de la institución donde se va a realizar la investigación

Yo Dr. (a) _____ Director(a) del Área III municipio Cienfuegos he sido informado por la Dra. Rachel Silva Molina de su interés por la realización de un estudio que tiene como objetivo determinar las modificaciones producidas en la percepción del riesgo de Cáncer de Mama en mujeres de alto riesgo en el Consultorio 8, en el período septiembre del 2020 a septiembre del 2022.

De igual manera se me ha explicado que del estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, sin embargo contribuirá a la modificar la percepción de riesgo del Cáncer de Mama en las mujeres del Consultorio Médico.

Por todo lo expuesto la pertinencia la estrategia en cuestión, manifiesto mi autorización para la revisión documental de todos los documentos necesarios para que se lleve a cabo la investigación.

Y para que así conste firmo el siguiente documento:

A...días del mes....del año...

Nombre y apellidos. Firma.