



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA EN MUJERES DE 20 A 60 AÑOS DE
EDAD DEL CONSULTORIO J. CENTRO DE SALUD PASCUALES. 2018”**

AUTOR:

DR. WISTON MARCELO PONCE REYES

DIRECTOR:

DRA. SANNY ARANDA CANOSA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Md. Wiston Marcelo Ponce Reyes*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Diciembre año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa.

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Wiston Marcelo Ponce Reyes

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*Implementación de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama en mujeres de 20 a 60 años del consultorio J. Centro de Salud Pascuales. 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, 14 de diciembre del 2018

EL AUTOR

Dr. Wiston Marcelo Ponce Reyes



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN:

YO, Wiston Marcelo Ponce Reyes

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Implementación de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama en mujeres de 20 a 60 años del consultorio J. Centro de Salud Pascuales. 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 14 de diciembre del 2018.

EL AUTOR:

Dr. Wiston Marcelo Ponce Reyes

Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis. 29.05.2018 (2).docx (D45709435)
Submitted: 12/13/2018 9:10:00 PM
Submitted By: wistonponce@hotmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

INFORME FINAL NOV 14 2018(kelylbecerra) (Kelly Becerra Ospino) (1).docx (D44356284)
PARA URKUND JOSE MORANTE.docx (D13093665)
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6010/Huamanchumo_gm.pdf?sequence=3
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001100010
<http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/4512/1/Informe%20final%20CAP%20mama.pdf>
<https://www.monografias.com/trabajos94/comportamiento-del-autoexamen-mama-mujeres-asistentes-consulta/comportamiento-del-autoexamen-mama-mujeres-asistentes-consulta.shtml>
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6365/Zela_Quispe_Paola.pdf?sequence=3&isAllowed=y
<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Yaren.pdf>
<https://core.ac.uk/download/pdf/84514525.pdf>
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3185/1/PR%C3%81CTICA%20ADECUADA%20%20DEL%20AUTOEXAMEN%20DE%20MAMA%20EN%20MUJERES%20RESIDENTES%20DEL%20MUNICIPIO%20DE%20MONTERIA%202015.pdf>

Instances where selected sources appear:

Agradecimiento

Agradezco a Dios por bendecirme todos los días de mi vida, otorgándome sabiduría y paciencia para poder finalizar mi especialidad.

A mi esposa por todo el esfuerzo sacrificio y apoyo incondicional durante todos estos años de mis estudios de cuarto nivel.

Agradezco a mi familia y amigos más cercanos por su amistad, consejos, apoyo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi director de tesis, Dra. Sanny Aranda Canosa por su esfuerzo y dedicación, que con sus conocimientos, experiencias, paciencia y motivación han logrado en mí que pueda terminar esta investigación.

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién ha sido mi fuente de inspiración y sabiduría en cada momento de mi vida, para encontrar siempre una solución frente a la adversidad.

Para mi esposa, quién ha estado a mi lado durante todo estos años animándome para cumplir con mis metas y proyectos, trasmitiéndome su amor y comprensión.

A mis padres, quienes me inculcaron desde mi niñez valores, principios, formando mi carácter en perseverancia, para llegar a mis objetivos.

A mi tía Narcisa Reyes el motor de carrera como médico que a pesar que ya no esté con nosotros, el seguir con mi profesión es el mayor agradecimiento y satisfacción que le puedo dar en su lugar de descanso.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA:	IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DEL CONSULTORIO / DEL CENTRO DE SALUD PASCUALLES AÑO 2018*				
ALUMNO:	WETCHI MARCELO PONCE REYES				
FECHA:					

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO	CALIFICACION SUSTENTACIÓN	CALIFICACION TOTAL	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÓVAR VAREAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC	80	80	160	
2	DEA. SANNY ABANCIA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUSSE BATISTA PEREDA	EXCENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Cierre actas: _____

Le certifico: _____

DR. XAVIER LANDÓVAR VAREAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DR. YUSSE BATISTA PEREDA
EXCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DEA. SANNY ABANCIA
CANOSA
COORDINADORA DOCENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
ÍNDICE DE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
1. EL PROBLEMA	4
1.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	6
2.1 GENERAL.....	6
2.2 ESPECÍFICOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1 Antecedentes.....	7
3.2 Bases filosóficas.....	8
3.3 Epidemiología.....	8
3.4 Factores de riesgos.....	10
3.5 Autoexamen de mamas.....	15
3.6 Importancia de las intervenciones educativas en salud.....	17
4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	19
5. MÉTODOS.....	20
5.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	20
5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
5.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	20
5.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	20
5.2.3 Técnicas de recolección de información.....	23
5.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	24
5.3 Variables.....	24
5.3.1 Operacionalización de variables.....	24
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	26
CONCLUSIONES.....	34
VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. CONSULTORIO J. PASCUALES. ENERO –DICIEMBRE 2018.....	26
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CONSULTORIO J. PASCUALES. ENERO - DICIEMBRE 2018.....	27
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES, SEGÚN ESTADO CIVIL. CONSULTORIO J. PASCUALES. ENERO – DICIEMBRE 2018.....	28
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES, SEGÚN OCUPACIÓN. CONSULTORIO J. PASCUALES. ENERO – DICIEMBRE 2018.....	27
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES, SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ADECUADA EDAD EN QUE SE DEBE REALIZAR EL AUTOEXAMEN DE MAMAS. CONSULTORIO J. PASCUALES. ENERO – DICIEMBRE 2018.....	29
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES, SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ADECUADA FRECUENCIA EN QUE SE DEBE REALIZRA EL AUTOEXAMEN MAMARIO. CONSULTORIO J. PASCUALES. ENERO – DICIEMBRE 2018.....	29
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES, SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL MOMENTO ADECUADO EN QUE SE REALIZA EL AUTOEXAMEN DE MAMAS. CONSULTORIO J.PASCUALES. ENERO – DICIEMBRE 2018.....	30
TABLA 8. CONOCIMIENTO SOBRE TEMAS ESPECÍFICOS DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS. CONSULTORIO J. PASCUALES. ENERO – DICIEMBRE 2018	31
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE IMPORTANCIA DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS. CONSULTORIO J.PASCUALES. ENERO – DICIEMBRE 2018	33

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	41
ANEXO 2: ESTATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	42
ANEXO 2: ENCUESTA.....	47

Resumen

Antecedentes: Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama es un problema de salud en el mundo. En Ecuador, ocupa la segunda causa de muerte en la población femenina (10,39 %) según el Instituto de estadísticas y censos en el año 2013. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación experimental, longitudinal y según el número de variables analítico, cuyo fin fue recolectar mediante encuesta elaborada por otro autor, las características sociodemográficas; nivel de conocimiento sobre el tema, en una población de 20 mujeres entre los 20 a 60 años de edad pertenecientes al consultorio médico J del Centro de Salud Pascuales. Se implementó la encuesta de una estrategia de intervención educativa. Los datos obtenidos fueron procesados una base de datos al efecto en Microsoft Excel, el cual se exportó del paquete estadístico IBM PSS 22.0. **Resultados:** El grupo etáreo que predominó fue el de 20 a 29 años de edad (40%), unión libre (35%), el nivel de instrucción que predominó fue secundaria completa (40%) y la ocupación fue la de ama de casa (80%). Con relación al conocimiento se observó en el pre-test desconocimiento sobre el autoexamen mamario (85%) y Luego de la intervención educativa en el post-test hubo un incremento del conocimiento sobre el tema estudiado (85%). **Conclusiones:** Luego de la implementación de la estrategia educativa para el autoexamen de mama, las mujeres si incrementaron el conocimiento de esta importante técnica de prevención del cáncer de mama.

Palabras claves: CÁNCER, MAMAS, AUTOEXAMEN, CONOCIMIENTO, INTERVENCIÓN, EDUCATIVA.

4 Abstract

Background: According to data from the World Health Organization (WHO), breast cancer is a health problem in the world. In Ecuador, it is the second cause of death in the female population (10.39%) according to the Institute of Statistics and Censuses in 2013. **Materials and methods:** An experimental, longitudinal and according to the number of analytical variables was carried out, whose purpose was to collect, through a survey prepared by another author, the sociodemographic characteristics; level of knowledge on the subject, in a population of 20 women between 20 to 60 years of age belonging to the medical clinic J of the Pascuales Health Center. The survey of an educational intervention strategy was implemented. The data obtained was processed in a Microsoft Excel database, which was exported from the IBM PSS 22.0 statistical package. **Results:** The age group that predominated was 20 to 29 years of age (40%), free union (35%), the level of instruction that predominated was complete secondary (40%) and occupation was that of housewife (80%) In relation to knowledge, pre-test was observed in the breast self-examination (85%) and after the educational intervention in the post-test there was an increase in knowledge about the subject studied (85%). **Conclusions:** After the implementation of the educational strategy for breast self-examination, women did increase their knowledge of this important breast cancer prevention technique.

Key words: CANCER, BREAST, SELF-EXAMINATION, KNOWLEDGE, INTERVENTION, EDUCATIONAL

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad conocida desde las antiguas civilizaciones. Cada año mueren en el mundo 4 millones de personas por esta causa. Las enfermedades cancerosas ocupan a nivel mundial uno de los primeros puestos en las estadísticas de la mortalidad. (1)

El cáncer de mama, independientemente de ser considerado un tumor prevenible, es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial, tanto en los países desarrollados, como en los denominados en vías de desarrollo. (2)

Según Alonso: “el cáncer de mama es una entidad multifactorial donde la herencia, el ambiente y hábitos de vida interacción sobre el individuo. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo. En 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos es pulmonar (1,7 millones de defunciones); hepático (788.000 defunciones); colorrectal (774.000 defunciones); gástrico (754.000 defunciones) y mamario (571.000 defunciones). (4)

La OMS promueve el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La Organización, con el apoyo de la Fundación Komen, está llevando a cabo un estudio de 5 años sobre la costoeficacia del control del cáncer de mama en diez países de ingresos bajos y medios. (5)

En América Latina y el Caribe, durante el año 2012, se diagnosticó esta neoplasia en más de 408 mil mujeres estimándose que para 2030, se elevara un 46 por ciento. (6)

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la incidencia del cáncer de mama ha aumentado, sobre todo en mujeres que se encuentran alrededor de los 50 años; a los 60 el riesgo es más elevado y resulta muy poco frecuente por debajo de los 35 años, aunque también es posible. (7)

En los Estados Unidos se diagnostican cada año más de 190 000 casos nuevos, para representar la entidad clínica que más fallecimientos produce en mujeres entre 35 y 54 años. México ocupa el segundo lugar como causa de muerte por neoplasias, mientras que, en Brasil, 50 de cada 100 000 mujeres con edad de más de 30 años presentan anualmente cáncer mamario. (8)

El cáncer es una de las enfermedades con mayor notabilidad en el mundo y se encuentra entre las primeras causas de muerte.¹ Considerando cifras ofrecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13%) ocurridas en todo el mundo en 2008. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando, y pasarán de los 11 millones en 2030. (9)

Se considera que entre el 5-10% de todos los casos diagnosticados tienen un carácter heredofamiliar, de los cuales solo 1% se atribuye a síndromes genéticos y los restantes porcentajes a alteraciones de los genes BRCA 1 y 2, dada la probabilidad de padecer la enfermedad por determinados factores como edad, cargas genéticas y antecedentes patológicos familiares (APF). (10)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama constituye el 16% de todos los cánceres femeninos. (11)

En América Latina y el Caribe, durante el año 2012, se diagnosticó esta neoplasia en más de 408 mil mujeres estimándose que para 2030, se elevara un 46 por ciento. (12)

En Ecuador cada año en Quito se detectan 500 casos de cáncer de mama (13), además de que se ha señalado que Quito, Loja y Cuenca presentan la mayor incidencia de cáncer de mama, particularmente en Cuenca el cáncer de mamas presentaba el 12,7 % de todos los cánceres en mujeres, que en el periodo 2001.2004 ocupó el segundo lugar con una tasa de 18,7. (14)

El gobierno de Ecuador en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 declara dentro de sus objetivos, mejorar la calidad de vida de la población y establece como meta la reducción de la muerte por causas oncológicas a través de la detección oportuna. (15)

El autoexamen de mamas (AEM) es una técnica de detección del cáncer mamario basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas, el cual se fundamenta en el hecho de que en un alto porcentaje son las mujeres quienes detectan los nódulos que indican una alteración mamaria. (16)

El autoexamen de mama es un método sencillo, inocuo y sin costo, algunos lo recomiendan como el primer método a utilizar, por lo que se decide realizar una investigación para incrementar el nivel de conocimiento y las habilidades para la realización de esta técnica, por medio de una intervención educativa para la detección precoz del cáncer de mama.

1 EL PROBLEMA

1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Sin embargo, las estadísticas de cáncer de mama siguen siendo poco halagüeñas si consideramos el mundo en su conjunto: en 2012 fueron diagnosticadas de cáncer de mama un total de 1,7 millones de mujeres; medio millón de ellas murieron a causa de esta enfermedad. Pero el cáncer de mama no afecta exclusivamente a los ricos: más de la mitad (el 58%) de las defunciones por esta causa se dan en los países pobres, donde las posibilidades de supervivencia a veces apenas alcanzan un 20%. (17)

Para el año 2014 se diagnosticaron en la región Asia- Pacífico 404.000 casos con una tasa de 30/ 100.000. Las tasas de Australia (86/100.00) y Nueva Zelanda (85/100.000) resaltaron sobre todos los países de esta región. En este mismo año en los países europeos el cáncer de mama tenía una incidencia de 94,2/ 100.000 con una mortalidad de 23,1/100.000 (18) y se estimó que en los Estados Unidos para el 2016 se presentarían 61.000 casos de carcinoma in situ de mama, 246.660 casos nuevos de enfermedad invasora y 40.450 muertes por esta patología. (19)

El MSP cuenta con la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control Integral del Cáncer; con alcance para todo el Sistema Nacional de Salud, y contiene líneas estratégicas que permiten intervenciones oportunas integrales y costo-efectivas en todos los niveles de atención. En el último quinquenio aumentó el número de casos diagnosticados en un 30% de acuerdo con el Registro Nacional de Tumores, sin embargo, esto se asocia a un mayor número de pacientes que son detectadas en los establecimientos de salud. (20)

La estrategia promueve métodos de tamizaje con la mejor evidencia científica para los siguientes cánceres: mama, cervicouterino, estómago y colorrectal. (20)

Entre el 2013 y el 2017, el MSP registró 47.436 atenciones brindadas a usuarios, según diagnóstico específico (C50 – tumor maligno de mama) (20).

Entre el 2012 y el 2017 el Ministerio de Salud derivó a SOLCA 5.792 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. (20)

Guayaquil, lidera la lista en la provincia del Guayas con el 23,03% lo que significa 1 373 casos de egresos por cáncer de mama. De la parroquia Pascuales según el MSP del Ecuador se han encontrado 23 casos diagnosticados con cáncer de mama como morbilidad hospitalaria. Según el INEC la tasa de mortalidad en Guayaquil es de 15.04%. (21, 22)

Se ha observado en la práctica diaria en el centro de salud de Pascuales, desconocimiento acerca del autoexamen de mama y su importancia en la prevención del cáncer de mamas, lo cual puede estar incidiendo en el momento en que se diagnostica la enfermedad y la evolución futura de esta.

Existe una investigación científicamente acerca del conocimiento de las mujeres mayores de 20 años sobre el autoexamen de mama y los factores de riesgo, en el área de salud de Pascuales, pero no una investigación de intervención con implementación de una estrategia educativa para el autoexamen de mama en mujeres adultas.

La importancia de este estudio se fundamenta en que luego de aplicar la estrategia de intervención educativa en las mujeres incluidas en la muestra, puedan elevar su conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mama, haciendo que estas puedan ser promotoras de salud en su comunidad.

1.2 Formulación

Luego de la implementación de la estrategia educativa para el autoexamen de mama, ¿las mujeres incrementaron el conocimiento para la realización de esta importante técnica de prevención del cáncer de mama?

2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1 General

Elevar el conocimiento sobre el autoexamen de mamas, en las mujeres de 20 a 59 años, del consultorio de Medicina Familiar y Comunitaria J del centro de salud Pascuales.

2.2 Específicos

- 1.-Caracterizar las mujeres adultas según variables sociodemográficas.
- 2.-Implementar una estrategia educativa para el autoexamen de mama en la población de estudio.
- 3.-Evaluar el conocimiento en las mujeres que forman parte de la investigación, antes y después de implementar la estrategia educativa.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

Este tipo de neoplasia se conoce desde la antigüedad. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar ese término) proviene de Egipto, del 1600 a.c., aproximadamente. El papiro *Edwin Smith* describe ocho casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: *No existe tratamiento*. Como mínimo, un caso descrito, es de un hombre. Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés *Jean Louis Petit* (1674-1750) y posteriormente el cirujano *Benjamín Bell* (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por *William Stewart Halsted*, que inventó la operación conocida como *mastectomía radical de Halsted*, lo que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70 del pasado siglo XX. (23)

Sir James Paget en 1863, señaló en el Royal College of Surgeons en Inglaterra "No conozco un solo caso de recuperación franca; es decir, que la paciente de cáncer de mama haya vivido más de 10 años libre de enfermedad" (hipótesis enfermedad sistémica). (24)

Treinta años después Halsted, (hipótesis enfermedad local), pronuncia su hipótesis de diseminación ordenada del cáncer mamario, al afirmar que el cáncer se originaba en la mama, para después a través de los linfáticos se extendía a los ganglios axilares; atribuía la alta tasa de recurrencia a la falta de lograr márgenes adecuados y proponía la resección en bloque de la mama incluyendo gran porción de la piel que la recubre, los músculos pectorales mayor, menor y el contenido celulo-adiposo ganglionar de la axila, desde el borde anterior del dorsal ancho por fuera hasta el ligamento costo-clavicular por dentro. (24)

3.2 Bases conceptuales filosóficas

Es aquí donde se describe que "en la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron 'culto de sí', se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu."²⁵. Pero hace referencia de que: El 'cuidado de sí', incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía del régimen, la atención detallada a las

perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma. (25)

El *cuidado de sí* se articula desde tres puntos de vista: por un lado, una actitud general, una concepción del mundo que genera una forma de relacionarse con los demás; por otro lado, una mirada hacia fuera, pero con un retorno a la interioridad de los sujetos, esto implica cierta manera de prestar atención a lo que piensan, a lo que ocurre en el pensamiento; finalmente, una serie de acciones que ejercen los sujetos sobre sí mismos para modificarse o transformarse. (26)

Aunque desde la antigüedad se identifican representaciones sociales para el *cuidado de sí*, en la época contemporánea con el paradigma moderno de la salud pública -que prioriza la demanda del servicio bajo un enfoque biomédico, morbicéntrico, centrándose en el tratamiento de la enfermedad y desconociendo al sujeto como portador de un saber sobre ésta-, se habla del concepto de autocuidado. (26)

En el marco de esta concepción de autocuidado, desde la institucionalidad se ha tratado de promover la responsabilidad que debe adquirir cada individuo frente a su salud. Así, desde la formulación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en la Declaración de Alma Ata en 1978²⁶, comienzan a estipularse pautas para promover el autocuidado a través de la educación en salud. Es la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986, la que define líneas claras que apuntan al fomento de prácticas de autocuidado, a través de estrategias de educación y participación de los individuos para el perfeccionamiento de las aptitudes esenciales para la vida. (26)

En la actualidad diversos autores plantean la efectividad de autoexamen de mama, por lo que es el primer elemento dentro del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, donde el 80% de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer, seguidos del examen clínico anual que realiza el médico de la familia y por último la mamografía en mujeres mayores de 50 años de edad.^{2,9} Dependiendo de la organización del equipo de Atención Primaria, la exploración será realizada por el médico o personal de enfermería entrenado a tal efecto, siendo un elemento fundamental la educación para la salud sobre el autoexamen de mama. (27)

3.3 Epidemiología

El cáncer de mama (CM) representa el tipo de cáncer más frecuente en la mujer. Si consideramos los dos sexos, sólo le superan los cánceres de pulmón, estómago y colorrectal. En el mundo, alrededor de 1 % de la carga de la enfermedad en las mujeres se vincula con esta causa y varía de 3.2 % en los países ricos a 0.4 % en los pobres. En América Latina, los años de vida

saludable (AVISA) perdidos debidos al CM ascienden a 615 000, lo cual representa 1.4 % del total de AVISA por todas las causas y una tasa de 221 por 100 000 mujeres. De ese total, 91 % corresponde a años perdidos por muerte prematura y 9 % a años vividos con discapacidad. En contraste, en Estados Unidos y Canadá se pierden 673 000 AVISA (3 % del total y una tasa de 410 por 100 000 mujeres), pero 71 % se debe a muertes prematuras y 29 % a discapacidad. El riesgo de perder un año por muerte prematura por CM es 1.4 veces mayor para las mujeres de Norteamérica; cuando se refiere a años de vida con discapacidad, el riesgo es 6.3 veces mayor. (28)

A pesar de los grandes avances de las ciencias médicas, el cáncer de mama sigue aportando un número importante de fallecidos por esta causa en la mujer en el mundo. En Norteamérica es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, después del cáncer de pulmón. A partir de los años 70 en los Estados Unidos y algunos países de Europa, Canadá, Australia hay una desaceleración en el incremento de la morbilidad. Cuba no escapa de esta problemática de salud donde el cáncer de mama se encuentra entre las 5 primeras causas de muerte para el sexo femenino. (28)

Se presenta tanto en hombres y mujeres, aunque el cáncer de mama femenino es más frecuente. Las cifras reportadas para mortalidad por cáncer de seno en el periodo del 2000- 2006 en Colombia fueron de 12.287 personas, con una tasa cruda de 8,3 anual y una tasa ajustada por edad de 9,2 anual (Piñeros et al., 2010), adicionalmente, de acuerdo con lo reportado por GLOBOCAN (2012) la tasa de incidencia de cáncer de seno en mujeres para Colombia fue del 23,4% (8.686 casos) y la tasa de mortalidad fue del 13,8% (2.649 defunciones) (Ferlay et al., 2012). (29)

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), cada año se reportan 1,67 millones de casos de cáncer de mama en el mundo y 521.907 muertes por dicha enfermedad.⁴ Para el año 2014 se diagnosticaron en la región Asia- Pacífico 404.000 casos con una tasa de 30/ 100.000. Las tasas de Australia (86/100.00) y Nueva Zelanda (85/100.000) resaltaron sobre todos los países de esta región. En este mismo año en los países europeos el cáncer de mama tenía una incidencia de 94,2/ 100.000 con una mortalidad de 23,1/100.000, y se estimó que en los Estados Unidos para 2016 se presentarían 61.000 casos de carcinoma in situ de mama, 246.660 casos nuevos de enfermedad invasora y 40.450 muertes por esta patología.⁶ México para el 2014 presento una tasa de incidencia de 28,75/100.000, mientras que Uruguay y Argentina reportaron valores 3 veces mayores. En Brasil se estimó el surgimiento de 57.960 casos nuevos de cáncer de mama para 2016. (30)

En Venezuela se reportó para 2014, un total de 4.880 casos nuevos para una tasa de incidencia de 32,40/100.000, ubicándola con respecto al mundo con una tasa intermedia, donde Distrito Capital, Miranda, Aragua, Carabobo y Nueva Esparta se encuentran por encima del promedio nacional y el grupo más

afectado incluye entre 40 y 59 años, con 57,45%, y las mayores de 60 años con 29,44%. (30)

En el 2016, 641 personas murieron a consecuencia del cáncer de mama. Desde el 2012 el número de muertes por esta causa fue de 2.760 personas, según los últimos datos del Registro de Defunciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (31)

Según el Anuario de Camas y Egresos hospitalarios 2016, en Ecuador se registraron 3.741 egresos hospitalarios a causa de esta enfermedad. Es importante mencionar que los egresos hospitalarios no representan al número de personas que padecen esta enfermedad, sino el número de casos atendidos en hospitales. (31)

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en las mujeres ocupando el lugar número 12 de la lista. El 99,5% de las personas que murieron por esta enfermedad en el 2016 fueron mujeres, mientras en el caso de los egresos hospitalarios las mujeres representaron el 98,2%. (31)

Esta enfermedad puede afectar a personas de todas las edades, sin embargo, el número de egresos hospitalarios aumentan a partir de los 40 años llegando en esa edad a 407 casos. Los niños no fueron la excepción. Entre los niños de 5 a 14 años existieron 3 egresos; y, de 15 a 19 años, 13 casos en los diferentes establecimientos del país. (31)

En Guayaquil, al año se registran en promedio 450 casos nuevos de cáncer de mama en SOLCA. En los últimos años han aumentado los casos y la incidencia está a la par que el cáncer de útero señaló Luis Péndola, jefe del servicio de mastología de SOLCA. (32)

3.4 Factores de riesgos

Factores de riesgo. Un factor de riesgo es un conjunto de factores que aumenta la probabilidad o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o desencadenar un proceso mórbido. (33)

Factores de riesgo no modificables. Son aquellos factores relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la herencia. (33)

- Edad. Más del 80 % de los casos de cáncer de mama ocurren entre las mujeres de 50 años en adelante. A medida que avanza la edad y se llega a la séptima, octava o novena década de la vida, es más frecuente que se presente, así una de cada 10 mujeres de 80 años lo sufren, cuando solamente una de cada 2500 de 30 años de edad padecen este cáncer, aunque también es posible. Es decir, la edad avanzada es un factor de riesgo importante; menos del 1% de todos los cánceres mamarios se producen en mujeres menores de 25 años. Después de

los 30 años, sin embargo, se incrementan de manera aguda la incidencia de este tipo de cáncer, salvo por la meseta breve que ocurre entre los 45 y los 50 años, esta incidencia se incrementa de manera sostenida con el paso de la edad. (33)

- **Raza.** Las mujeres blancas, incluidas las latinoamericanas, tienen un riesgo mayor que las mujeres negras o asiáticas de desarrollar cáncer de mama. Se ha encontrado una disparidad en cuanto a la incidencia y mortalidad por cáncer de mama entre diferentes razas; esto posiblemente se debe a factores asociados a falta de acceso a los servicios de salud, estilos de vida y estatus económico bajo. (33)

- **Sexo.** El hecho simple de ser mujer es el principal factor de riesgo más importante de padecer cáncer de mamas. Los hombres pueden padecer cáncer de seno, pero esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres. Esto probablemente se debe a que los hombres tienen menos de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, lo que puede promover el crecimiento de células cancerosas de seno. (33)

- **Presencia de genes específicos.** Ciertas mutaciones genéticas incrementan el riesgo de cáncer de mama. El cáncer de seno puede ser causado por mutaciones o cambios en algunos genes, a las que la persona está predispuesta de forma hereditaria. Los genes de una persona, localizados en las células, contienen información recibida o heredada de sus padres; a veces esta información se traduce en enfermedades hereditarias, como en el caso de cáncer de seno hereditario, que se presenta en 5% a 10% de todos los cánceres de este tipo. (33)

La alteración de algunos genes predispone al desarrollo de cáncer de seno, siendo más frecuentes en ciertos grupos étnicos. Los genes hereditarios que se han encontrado asociados a cáncer de seno son entre otros, BRCA-1, BRCA-2. Las personas portadoras de estos genes tienen entre 50% y 90% de posibilidad de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida. Se han desarrollado pruebas para detectar los genes alterados, pero no son pruebas usadas para tamizaje de cáncer de seno, es decir para evaluación de riesgo de desarrollar la enfermedad, excepto en grupos de alta probabilidad, como aquellos casos que presentan una historia familiar marcada. Realmente hay que decir que como sucede con todas las enfermedades cuyo fundamento son mutaciones o alteraciones de los genes, las personas pueden sufrir cáncer del seno sin tener ningún factor de riesgo. En esos casos las mutaciones son espontáneas. (33)

- **Historia personal.** Una mujer con cáncer en una mama tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama o en otro lugar del mismo seno. Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama experimentan un riesgo de cerca de 50% de desarrollar cáncer mamario microscópico en la mama contra lateral. También se colon con aumento del riesgo de cáncer de mama; o un carcinoma lobular o ductal in situ (dos tipos de tumor maligno que aparecen en los lóbulos

o en los conductos de los senos, o conductos mamarios). Otro posible factor de riesgo es una hiperplasia benigna, una especie de tumor no maligno, que altera el tejido del seno. (33)

- **Historia familiar.** Cualquier antecedente familiar de cáncer mamario aumenta el riesgo relativo global de cáncer de esta glándula en la mujer²⁵. Tener una madre, hermana o hija que padezca cáncer de mama incrementa el riesgo. Hay factores de riesgo moderados como la presencia de cáncer en una mujer de la familia con quien se tiene un primer grado de consanguinidad como la madre, la hermana o una hija. Si hay dos o más familiares con historia de cáncer de seno incrementan de manera notable. Además, este riesgo se eleva si el familiar que ha padecido cáncer lo ha hecho antes de la menopausia, o si ha afectado a los dos senos. (33)

- **Enfermedades previas de la mama.** Las mujeres que presentan mastopatías crónicas tendrían cuatro veces mayor riesgo que las mujeres normales. Se tiende a pensar que el acrecentamiento del riesgo estaría limitado a mujeres con lesiones proliferarías epiteliales, del tipo de la hiperplasia atípica lobulillo. La mastopatía sería una afección pre maligna que o predispone al cambio neoclásico, o es de por sí una manifestación temprana del cambio maligno. Otros autores piensan que tanto la enfermedad benigna como la maligna, estarían regidas por el mismo patrón hormonal. Haber tenido una enfermedad mamaria benigna parece incrementar el riesgo sólo en aquellas mujeres que tienen un elevado número de conductos mamarios incluso en estos casos, el riesgo es moderado a menos que se encuentre tejido anormal (hiperplasia atípica) durante una biopsia o exista o una historia familiar de cáncer de mama. (33)

- **Menarquia temprana / Menopausia tardía.** Cuanto más prolongada la fase reproductiva de una mujer, mayor su riesgo de sufrir cáncer mamario. Por lo tanto, la edad mediana en el momento de la menarquia es más baja en las mujeres que desarrollan cáncer mamario, y la menopausia natural las protege contra el desarrollo de este cáncer. Las mujeres que tuvieron su primera menstruación antes de los 12 años o a quienes presentan menopausia después de los 50 presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad. Es decir, los factores de riesgo, son: inicio temprano del ciclo menstrual (antes de los 12 años), menopausia tardía (después de los 50 años). (33)

Factores de riesgo modificables Son aquellos susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos con acciones preventivas. (33)

- **Número de Embarazo y tiempo de Lactancia.** Las mujeres que tienen un bebé antes de los 30 años tienen bastantes hijos y las que amamantan están en menos riesgo de padecer cáncer de mama. También tienen un riesgo moderado de hacer cáncer de mama las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término, es decir, exitoso después de los 30 años o quienes nunca estuvieron

embarazadas. Además, las mujeres que tienen a su primer hijo durante una parte más tardía de la vida experimentan una incidencia mayor de cáncer mamario que las mujeres primigestas más jóvenes. (33)

La hipótesis de que la lactancia disminuya el cáncer de mama tiene más de 50 años. Varios estudios realizados en las últimas décadas presentan pequeñas o ninguna diferencia entre las mujeres que amamantan y aquellas que no lo hacen. Por lo tanto, el efecto protector de la lactancia es pequeño o no existe. Sin embargo, hace unos años se ha publicado la situación que ocurre entre las mujeres Tanka en Hong Kong. Estas mujeres acostumbran amamantar a sus hijos solo con la mama derecha y el cáncer ocurre en la mama izquierda. (33)

- **Historia de Aborto.** Esta relación se basaba en muchos estudios hechos en USA y en otros países desde 1957 hasta el año 2000 en los cuales se encontró que el riesgo de cáncer de seno aumentaba en mujeres que se habían inducido un aborto. Más de 20 estudios fueron revisados por el Dr. Joel Brind, que en 1996 publicó una revisión de estos hechos en la revista *Journal Of Epidemiology and Community Health*, donde existían alrededor de 18 estudios que postulaban una asociación. Sin embargo, en el mismo artículo mencionaba que existía alrededor de cinco estudios que no mostraban ninguna relación. Como el número de estudios no es lo más importante, sino la calidad de los mismos y el número de pacientes que intervinieron, la comunidad médica nunca tomó una posición definida al respecto, especialmente porque el aborto es un tema bastante controversial. (33)

- **Uso de Anticonceptivos orales.** El uso prolongado y a largo tiempo de las píldoras anticonceptivas puede incrementar ligeramente, en algunos casos, el riesgo de padecer cáncer de mama. Los anticonceptivos orales producidos antes de 1975 probablemente constituyeron un factor de riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, los anticonceptivos modernos tienen cantidades muy pequeñas de estrógenos y el consenso de opinión en la actualidad es que no hay un riesgo importante de desarrollar cáncer de mama con el uso o empleo de anticonceptivos orales. (33)

- **Uso de Terapia Hormonal Sustitutiva.** Ciertos investigadores indican que a partir de los 10 años con terapia hormonal sustitutiva (THS) puede aumentar el riesgo de cáncer, mientras que otros destacan que no importa durante cuánto tiempo se ha tomado en el pasado, puesto que el riesgo de cáncer existe entre las que siguen la terapia hormonal, no entre las que la siguieron en un pasado. Aunque los tratamientos con estrógenos para los síntomas menopáusicos no aumentan probablemente el riesgo de cáncer de mama, el empleo prolongado de los mismos (durante más de 10 años, otros autores mencionan mayor de 5 años) o las dosis más elevadas de estos podrían incrementarlo. En una meta análisis se sugiere que la administración posmenopáusica de estrógenos es un factor de riesgo. Se acepta en la actualidad que, durante la vida posmenopáusica, deben administrarse estrógenos a una dosis baja ya sea de manera cíclica o en combinación con

progestágenos. Aunque los estrógenos pueden incrementar ligeramente la incidencia de cáncer mamario, se justifica su empleo sensato porque disminuyen la mortalidad por osteoporosis y cardiopatías. (33)

- **Obesidad.** El elevado consumo de grasas animales y saturadas en general, propio de los países industrializados de occidente, tienen una gran importancia en la mayor morbilidad del cáncer de mama, especialmente después de la menopausia, estos son factores importantes de riesgo moderado. El colesterol elevado actúa como precursor de la síntesis de esteroides. Los estrógenos se almacenan en el tejido adiposo corporal y la grasa de la dieta incrementa la prolactina hipofisiaria, con lo que aumenta la producción de estrógenos. Las mujeres obesas diagnosticadas por cáncer mamario tienen una mayor tasa de mortalidad, lo que puede estar relacionado con estas influencias hormonales o con retraso del diagnóstico. Las mujeres que se encuentran obesas al momento del diagnóstico tienen una enfermedad más agresiva con una prognosis más pobre. A pesar de no tener ninguna constatación científica definitiva, muchos investigadores indican que seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, así como practicar ejercicio físico de forma regular pueden ayudar a prevenir la aparición de cáncer de mama. (33)

Clasificación de la obesidad según el índice de masa corporal (IMC) Grado de obesidad IMC Sobrepeso 25-29,9 Obesidad grado I 30-34,9 Obesidad grado II 35-39,9 Obesidad grado III >40. (33)

- **Factores medioambientales.** Se está investigando la posible influencia de pesticidas, campos electromagnéticos o contaminantes en agua y comida. Se han encontrado un incremento en el cáncer de mama asociado al uso prolongado de carbón como combustible. (33)

- **Consumo de alcohol.** Tomar regularmente más de dos unidades de alcohol por día incrementa el riesgo de tener cáncer de mama. Como factor de riesgo, el alcohol aún es motivo de controversia; sin embargo, se detecta un riesgo ligeramente mayor en mujeres que toman incluso una copa (entre 10n a 15 gramos de OH) al día. El riesgo se duplica entre mujeres que beben tres copas al día. En países donde se toma vino a diario (p.ej., Francia, Italia), la tasa es ligeramente mayor. Algunos hallazgos en las investigaciones sugieren que las mujeres jóvenes que beben alcohol son más vulnerables en etapas posteriores. (33)

- **Consumo de tabaco.** El consumo habitual de tabaco aumenta el riesgo de sufrir cáncer de mama y elimina el efecto protector de la lactancia materna respecto a esta enfermedad, según un nuevo estudio publicado en el Journal of THE Cáncer Institute. Un amplio estudio en más de 116.000 mujeres realizado sugiere que el fumar genera una significativa amenaza. Durante los cuatro años que duró el estudio, 2005 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer invasivo de mama. La tasa entre mujeres que fumaban fue de cerca de 30% más alto que en aquellas que nunca habían probado un cigarrillo. (33)

- Situaciones de estrés. La interrogante de si hay un vínculo entre la preocupación y el cáncer ha dejado perplejos tanto a investigadores como a pacientes. Estudio tras estudio se indaga si las personas con cáncer sintieron más estrés en los años previos al diagnóstico y, a la inversa, si era más probable que las personas que experimentaban estrés desarrollaran cáncer. Lo que ha emergido es una débil conexión entre el estrés, el sistema inmunológico y el cáncer: ahora parece que las células cancerígenas fabrican proteínas que le dicen al sistema inmunológico que las dejen en paz e incluso que les ayude a crecer. (33)

3.5 Autoexamen de mamas

Un autoexamen de mama es una exploración de las mamas que la misma mujer se realiza. Es una manera de que ella se dé cuenta de algún cambio, protuberancias o anormalidades en las mamas. Es también una oportunidad para que se dé cuenta de lo que es normal en sus mamas. (34)

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) recomienda que todas las mujeres mayores de 20 años consulten con su médico acerca de los beneficios y limitaciones del autoexamen de mama (American Cancer Society 2012). (34)

Una mujer que se encuentra entre los 20 y los 39 años de edad debe realizarse un examen clínico de mama cada tres años. Después de los 40 años de edad, una mujer debe hacerse exámenes de mama y mamografías de revisión cada año. Es importante que el examen de la mama forme parte del examen físico, independientemente de que haya o no signos apreciados por la paciente (Quinteros 2006). (34)

Las técnicas de auto examen deben ser las siguientes (34):

A. Inspección Frente al espejo debe realizarse una observación cuidadosa de las mamas frente al espejo permitiendo la visualización simultánea de ambas mamas, inicialmente con los brazos relajados a lo largo del tórax y posteriormente levantados por encima de los hombros, la inspección debe ser cuidadosa, tanto de frente como de perfil, esto permitirá identificar (34):

- Asimetría del volumen
- Desviación de la dirección del pezón
- Retracción del pezón o de otras áreas cutáneas
- Edema de la piel

- Ulceraciones o escoriaciones
- Aumento de la vascularidad
- Enrojecimiento cutáneo
- Salida espontánea o provocada de secreciones (Suárez 2009).

B. La palpación debe realizarla acostada de boca arriba sobre una superficie firme y colocándose una almohada sobre los hombros; esto permite que las glándulas mamarias se extiendan y aplanan sobre la pared torácica facilitando el examen. (34)

Luego se dividen ambas mamas en dos hemisferios mediante una línea imaginaria luego otra división imaginaria de forma vertical que pase por el pezón. Los hemisferios se dividen en interno (el más cercano a la otra mama) y externo (este se ubica cerca al brazo), se coloca el brazo debajo de la cabeza cuya mama será examinada por la mano contraria, iniciando la palpación con los dedos extendidos desplazándolo en forma de abanico desde el esternón hasta el pezón y en sentido contrario a las manecillas del reloj finalizando en el cuadrante externo inferior, en el caso de la areola y el pezón deben oprimirse suavemente entre dos dedos buscando la salida de alguna secreción. (34)

Finalizando con los cuadrantes internos se traslada al hemisferio externo, se baja el brazo del lado examinando, se coloca a lo largo del tronco y se realiza la misma técnica de los cuadrantes, con líneas radiales, pero ahora con el contamos cuadrante externo en dirección hacia la areola y el pezón. Se debe tener cuidado al palpar el cuadrante externo superior el más cercano a la axila pues esta área con mayor frecuencia de tumores y presenta cierta dificultad por su espesor ya que hay grandes volúmenes de tejido mamario. Estos mismos procedimientos se llevan a cabo en la mama opuesta. Otra manera recomendable para efectuar la palpación mamaria es la práctica durante el baño diario, utilizando el jabón facilita la palpación y los movimientos rotatorios de mano sobre los senos, permitirán en muchas ocasiones describir tumores de pequeñas dimensiones (Suiderma 2004). (34)

Palpación de la axila Algunas maniobras de la autoexploración como la palpación de la zona axilar, se pueden realizar durante el baño, colocando el brazo del lado a explorar en un ángulo aproximado de 90 grados con la mano por detrás de la cabeza y con los dedos de la mano opuesta, comprimiendo la axila contra la parrilla costal, en búsqueda de crecimiento ganglionar. (34)

3.6 Importancia de las intervenciones educativas en salud.

La estrategia de atención primaria pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. Tanto la comunidad como los individuos deben tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas deben, resolver por sí mismos y sobre cuáles aspectos tienen derecho a exigir a otros niveles. (35)

Esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan. Por lo tanto, la misión de Educación para la Salud es crear estos espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud. (35)

La educación para la salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva. (35)

Durante el último siglo muchos autores han conceptualizado la educación para la salud, y en todas ellas se puede identificar un objetivo común el cual es: la modificación, en sentido positivo, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. (35)

Este cambio en el comportamiento se logra al modificar los conocimientos y las actitudes. Al ser el primer nivel de atención el contacto inicial de los individuos con el sistema de salud es prioritario implementar la educación para la salud, en función de la promoción y la prevención de la enfermedad, para dirigirla especialmente a la población sana. (35)

La educación para la salud debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud. (35)

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. (35)

La educación para la salud vista como un proceso de comunicación implica la transmisión de un mensaje entre emisor y receptor, son elementos claves de

este proceso: el educador en salud, el mensaje y las personas o grupos a los que se dirige. (35)

Un abordaje integral de la salud requiere de implementar intervenciones orientadas a promover la salud, prevenir la enfermedad y curar y rehabilitar a las personas en sus problemas de salud. Para ello, se requiere de la aplicación de actividades educativas en salud que se desarrollan a través de diferentes niveles de intervención. (35)

La Atención Integral se sustenta en tres ejes esenciales, a saber: la Educación, la Participación Social y la Evaluación Integrada. Estos tres ejes se desarrollarán en las Unidades Modulares de Participación Social y de Atención Integral. No se puede hablar de Atención Integral con la sola ausencia de uno de estos ejes. En este particular la educación para la salud se constituye en una estrategia para la construcción social de la salud. Este proceso de construcción y puesta en marcha de los conocimientos, hábitos y actitudes frente a la salud, se desarrolla generalmente en las interacciones informales de los individuos y sus grupos de referencia como lo son: la familia, los amigos, los compañeros, la comunidad y los medios de comunicación masiva (radio, televisión). (35)

Por todo lo anterior expresado es fundamental realizar la implementación de una intervención educativa sobre la técnica adecuada para el autoexamen de mamas, con el propósito de incrementar el conocimiento de las mujeres adultas de la población de estudio para prevenir el cáncer de mama y la mortalidad por esta enfermedad.

4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La implementación de la estrategia educativa para el autoexamen de mama, incrementa el conocimiento de las mujeres para la realización de la técnica de prevención del cáncer de mama.

5 MÉTODOS

5.1 Justificación de la elección del método

Se trató de una investigación es experimental, según la toma de datos fue prospectivo, según el número de ocasiones que se midió la variable longitudinal y según el número de variables analítico.

El estudio incluyó las mujeres que pertenecen al consultorio J de Medicina Familiar y Comunitaria, ubicado en el centro de salud de Pascuales. El estudio será realizado desde enero – octubre 2018.

5.2 Diseño de la investigación

5.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

Del total de mujeres entre 20 y 60 años pertenecientes a la población dispensarizada en el consultorio J del centro de salud de Pascuales, se seleccionó una muestra de 20 pacientes por muestreo no probabilístico a criterio del investigador. La población de estudio estuvo integrada por las mujeres seleccionadas que cumplieron los criterios de inclusión. Toda la investigación se desarrollará siguiendo los principios de la bioética, con previa firma del consentimiento informado (Anexo) 1.

Criterios de inclusión

1. Que acepte su participación en esta investigación y firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

2. Las mujeres que en el momento de la selección tengan el diagnóstico de cáncer de mama.
3. Las mujeres con alguna discapacidad intelectual o física que dificulte la realización de la técnica del autoexamen de mamas.

5.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Para identificar el nivel de información que poseen las mujeres sobre el autoexamen de mamas, se les aplicó antes y después de haber implementado el diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016” elaborada por la Dra. Andrea Pamela Cobos Ordóñez (Anexo 2), un cuestionario diseñado previamente por la misma autora mencionada y

validada por expertos, para este estudio no se incluyó las preguntas sobre factores de riesgo (Anexo 3).

La técnica de recolección de información indagó en los elementos siguientes:

- Edad.
- Nivel de instrucción.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Edad de inicio del autoexamen de mamas
- Frecuencia con la que se realizan el autoexamen de mama.
- Momento ideal para la realización del autoexamen de mama.
- Conocimiento sobre la realización de la inspección de las mamas durante la técnica.
- Conocimiento sobre la realización de la palpación de las mamas durante la técnica.
- Importancia que le atribuyen al autoexamen de mamas.

La aplicación del cuestionario al inicio permitió identificar las necesidades de aprendizaje sobre la correcta técnica del autoexamen de mamas y a continuación se desarrollará el programa educativo con las mujeres que forman parte de la población de estudio. El programa incluyó cinco sesiones de trabajo, de una hora de duración cada uno, con una frecuencia semanal. Los encuentros se efectuaron en el área de salud y en el horario más apropiado que no interrumpiera la actividad laboral y siempre apoyándose en los líderes formales e informales de la comunidad. Cada actividad educativa al inicio se reforzó con un recuento somero sobre los aspectos tratados en el encuentro anterior, mediante el empleo de diversas técnicas participativas. Después de terminar el programa educativo, se aplicó nuevamente el mismo cuestionario, con el fin de evaluar si existió incremento o no en sus conocimientos relacionados con la realización de la técnica.

El cuestionario estuvo conformado por 18 preguntas en total. El primer bloque de datos sociodemográficos recogerá información como edad, nivel de instrucción, estado civil y ocupación estado civil que corresponde a las preguntas 1, 2, 3 y 4

La pregunta 5 considera la edad en que se debe realizar el autoexamen, respuesta correcta opción 2.

La pregunta número 6 es sobre la frecuencia en que las mujeres deben examinarse las mamas, respuesta correcta opción 2.

La pregunta 7 tiene ver que con el momento en que debe realizarse el autoexamen de mamas, respuesta correcta opción 2.

El segundo bloque de conocimientos sobre autoexamen mamario estuvo conformado por 9 preguntas (pregunta 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16):

- a. Pregunta 8: respuesta correcta, opción 3
- b. Pregunta 9: respuesta correcta opción 2
- c. Pregunta 10: respuesta correcta opción 7
- d. Pregunta 11: respuesta correcta opción 1
- e. Pregunta 12: respuesta correcta opción 1
- f. Pregunta 13: respuesta correcta, opción 2
- g. Pregunta 14: respuesta correcta opción 1
- h. Pregunta 15: respuesta correcta opción 4
- i. Pregunta 16: respuesta correcta opción 4

Se considera respuestas correctas, aquellas pacientes que respondan 6 preguntas o más (70 a 100%).

Se ponderaron los resultados de las preguntas para realizar una evaluación global del cuestionario.

Se consideró como respuesta correcta cuando las pacientes respondieron correctamente seis preguntas o más (70 a 100%). Mientras que se consideró respuesta incorrecta cuando respondieron cinco o menos preguntas correctamente. (Igual o menos al 60%).

El tercer bloque evaluó la importancia del autoexamen de mamas, conformada por dos preguntas (pregunta 17) respuesta correcta opción 1 y (pregunta 18) respuesta correcta opción 4.

Se consideraron respuestas correctas aquellas pacientes que respondieron 2 preguntas.

Se considera respuestas incorrectas aquellas pacientes que respondieron 1 pregunta o menos.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se

cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado de todas las mujeres que participaron en la investigación

5.2.3 Técnicas de recolección de la información

Las técnicas empleadas para recolectar la información según las variables fueron:

Variable	Tipo de Técnica
Edad	Encuesta
Nivel de instrucción	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Edad de inicio del autoexamen de mamas	Encuesta
Conocimiento sobre la correcta frecuencia en que se debe realizar el autoexamen de mamas	Encuesta
Conocimiento sobre el momento adecuado del ciclo menstrual que se examina las mamas	Encuesta
Conocimiento sobre forma de revisión de las mamas	Encuesta
Conocimiento sobre lugar de casa donde se realiza la inspección de las mamas	Encuesta
Conocimiento sobre los aspectos al tener en cuenta al mirar mamas	Encuesta
Conocimiento sobre el lugar de casa donde se realiza la palpación de las mamas	Encuesta
Conocimiento sobre la postura correcta para examinar las mamas	Encuesta
Conocimiento sobre la parte de la mano con que se realiza el autoexamen de mamas	Encuesta
Conocimiento sobre la parte de la mama que debe ser examinada	Encuesta
Conocimiento sobre los movimientos al realizar autoexamen de mamas	Encuesta
Conocimientos sobre las alteraciones que debe tener encuentra durante la palpación el mamas	Encuesta
Conocimiento sobre sobre la importancia del autoexamen de mama	Encuesta

5.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Para el procesamiento de la información se creó una base de datos al efecto en Microsoft Excel, se codificaron las variables y se exportaron al paquete estadístico IBM SPSS 22.0, para ser procesados y presentados en tablas, la prueba estadística que se utilizó para probar la hipótesis fue la de McNemar.

5.3 Variables

5.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos en grupos decenales	20-29 30-39 40-49 50-60	Cuantitativa discreta
Nivel de instrucción	Último nivel escolar aprobado	Primario, secundario, superior	Cualitativa ordinal
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltera, unión libre, casada, divorciada, separada	Cualitativa nominal politómica
Ocupación	Actividad laboral que realiza	Trabajadora Ama de casa Estudiante	Cualitativa nominal politómica
Conocimiento sobre la edad de inicio del autoexamen de mamas	Menor de 20 años Entre 20 y 59 años Mayor de 60 años	Conoce No conoce	Cualitativa nominal dicotómica
Conocimiento sobre la correcta frecuencia con la que se realiza el autoexamen de mamas	Semanal Mensual Anual Nunca	Conoce No conoce	Cualitativa nominal dicotómica
Conocimiento sobre el momento adecuado en el que se realiza el autoexamen de mamas	Antes de la menstruación De 3 a 5 días del comienzo de la menstruación En cualquier otro momento	Conoce No conoce	Cualitativa nominal dicotómica
Conocimiento sobre el autoexamen de mamas	Conocimiento de la técnica de inspección Conocimiento de la	Conoce No conoce	Cualitativa nominal dicotómica

	técnica de la palpación		
Conocimiento sobre importancia que le atribuye al autoexamen de mamas	Muy importante Importante Poco importante No importante	Conoce No conoce	Cualitativa nominal dicotómica

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se agruparon las mujeres de la población de estudio según grupos etáreos decenales, quedando distribuidas como aparecen en la tabla N°1.

Tabla 1. Distribución de las mujeres según grupos de edad. Consultorio J. Pascuales. Enero –diciembre 2018.

Grupo de edad	Nº	%
20-29	8	40
30-39	2	10
40-49	4	20
50-60	6	30
Total	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

En la tabla N°1 de las 20 mujeres participantes en el estudio realizado el grupo etáreo que predominó fue el de adultas jóvenes entre los 20 a 29 años con 8(40%), este resultado difiere con relación al estudio de Andrea Cobos “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016”, donde predominaron las edades de 30 a 39 años. (36)

También difiere del estudio de Liset Caballeros y colaboradores “Intervención educativa sobre cáncer y autoexamen de mamas en mujeres con riesgo en el Policlínico Universitario Previsora en Camagüey, Cuba, durante el año 2015” dónde predominaron las mujeres de 30 a 50 años con un 70%. (37)

El nivel de instrucción fue otro de los aspectos considerados para la caracterización sociodemográfica de las mujeres incluidas en la investigación como puede apreciarse en la tabla N° 2.

Tabla 2. Distribución de las mujeres según nivel de instrucción. Consultorio J. Pascuales. Enero - diciembre 2018.

Nivel de instrucción	Nº	%
Primaria completa	3	20
Primaria incompleta	3	15
Secundaria completa	8	40
Secundaria incompleta	5	25
Superior	1	5
Total	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

Como se observa en la tabla No 2 el nivel de instrucción que predominó es la secundaria completa con 8(40%) de los casos, este resultado es similar al de Odalis Padrón y colaboradores en el estudio de “Intervención educativa sobre enfermedades benignas mamarias y autoexamen de mama en el año 2016” en Pinar del Río, Cuba donde predominó el nivel de escolaridad preuniversitario (secundaria completa) con el 44,4 %. (38) Pero difiere en relación con el INEC 2013, donde prevalece el nivel de instrucción primaria completa con 43%. (39)

Las mujeres incluidas en la población de estudio según el estado civil se distribuyeron en solteras, unión libre, casada, separado o divorciada, comportándose como aparece en la tabla No 3.

Tabla 3. Distribución de las mujeres según estado civil. Consultorio J. Pascuales. Enero – diciembre 2018

Estado civil	Nº	%
Soltera	5	25
Unión libre	7	35
Casada	3	15
Separada	4	20
Divorciada	1	5
Total	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

En la tabla 3, se observa que la mayoría de las pacientes se encontraron en estado civil de unión libre con 7(35%), estos datos son similares con relación al Análisis de Situación de Salud del 2014 (40), realizado en la Coop. Assad Bucaram con 1009 habitantes, donde predominaron las mujeres en unión libre con el 42%.

En el estudio de Chipana Canchoa y colaboradores “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” el 65% de las participantes encontraban en estado civil de unión libre lo que corresponde con el estudio. (41)

En la tabla 4 se muestra la ocupación de las mujeres encuestadas donde prevalecieron las amas de casas.

Tabla 4. Distribución de mujeres según ocupación. Consultorio J. Pascuales. Enero – diciembre 2018

Ocupación	Nº	%
Trabajadora	1	5
Ama de casa	16	80
Estudiante	3	15
Total	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

La ocupación que predominó entre las mujeres encuestadas fue el de ama de casa con 16(80%), este resultado es similar en relación al estudio de San Juana López y colaboradores “Autocuidado en mujeres en relación a la prevención del cáncer de mama”, Año 2014 en Matamoros, México donde el 85.5% de las mujeres refirió dedicarse a las labores del hogar. (42)

Esta condición favoreció para lograr la participación de las mujeres en el estudio.

Tabla 5. Distribución de las mujeres, según conocimiento sobre adecuada edad en que se debe comenzar a realizar el autoexamen de mamas. Consultorio J. Pascuales. Enero –diciembre 2018

p=0,001

Conocimiento sobre edad en que se debe realizar el autoexamen de mamas	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Conoce	17	85	19	95
No conoce	3	15	1	5
Total	20	100	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

En la tabla N°5 se observa incremento del conocimiento sobre edad en que se debe realizar el autoexamen de mamas de 17(85%) a 19(95%).

El resultado es similar en relación al estudio de Iván Gamboa y colaboradores “Intervención educativa sobre autoexamen de mama en el Policlínico universitario “Mártires del 4 de agosto” Guantánamo, Cuba en el año 2010, donde incremento el conocimiento en este tema de 35% a 100%. (43)

La mayoría de las mujeres desconocían la frecuencia con que se debe realizar el autoexamen de mamas como vemos en la tabla N° 6.

Tabla 6. Distribución de las mujeres, según conocimiento sobre la correcta frecuencia en que se debe a realizar el autoexamen de mamas. Consultorio J. Pascuales. Enero –Diciembre 2018

p=0,5

Conocimiento sobre frecuencia en que se realiza el autoexamen de mamas.	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Conoce	8	40	16	80
No conoce	12	60	4	20
Total	20	100	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

Podemos observar en la tabla N° 6 que las mujeres incrementaron el conocimiento sobre frecuencia en que se debe realizar el autoexamen de mamas de 8(40%) a 16(80%).

Este resultado es similar con relación al en el estudio Liset Caballeros y colaboradores “Intervención educativa sobre cáncer y autoexamen de mamas en mujeres con riesgo en el Policlínico Universitario Previsora en Camagüey, Cuba, durante el año 2015” en correspondencia la conocimiento sobre la frecuencia con que debe realizarse el autoexamen de mama, distíngase como al inicio el 83,33% no pudo responder correctamente sobre el primer aspecto evaluado una vez aplicada la intervención se logró revertir por completo estos resultados a 82,2%. (37)

También el resultado del estudio es similar en relación al resultado del estudio de Eusebio Castillo y colaboradores, Intervención educativa sobre cáncer de mama Consultorio 7 Municipio Caimanera, Cuba. Enero – diciembre 2013 Otro momento de capital dónde a la hora de medir el nivel de conocimiento sobre la periodicidad de realización del mismo del autoexamen de mamas, solo el 28.2% de féminas respondieron acertadamente antes de la capacitación. Luego de la intervención se pudo revertir este nefasto resultado, donde el 100% de las pacientes obtuvieron conocimientos solidos de que la frecuencia de realización del autoexamen de mama debe ser mensual. (44)

Tabla 7. Distribución de las mujeres, según conocimiento sobre el momento adecuado en que se realiza el autoexamen de mamas. Consultorio J. Pascuales. Enero –Diciembre 2018

p=0,008

Conocimiento sobre momento en que se realiza el autoexamen de mamas.	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Conoce	3	15	16	80
No conoce	17	85	4	20
Total	20	100	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

Según el conocimiento sobre el momento en que se realiza en autoexamen de mamas podemos observar en l tabla N° 7 que incremento de forma considerable después de la intervención educativa de 3(15%) a 16(80%).

Este resultado guarda relación con el del estudio de María Pantaleón Diseño y evaluación de un programa de conocimientos sobre el cáncer de mama en los adolescentes de la Universidad Autónoma del Estado de México en el 2016, donde hubo incremento según la desviación estándar de 1.51 a 4.53. (45)

La tabla N° 8 muestra el desconocimiento de las mujeres estudiadas sobre el autoexamen de mamas.

Tabla N° 8. Conocimiento sobre temas específicos del autoexamen de mama. Consultorio J. 2018 Pascuales. Enero – diciembre 2018

p=0,003

Conocimientos sobre Temas específicos del autoexamen de mama	Pre-test Conocimiento				Post-test Conocimiento				Total	
	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Forma de revisión de las mamas	9	45	11	55	18	90	2	10	20	100
Lugar de casa donde se realiza la inspección de las mamas	9	45	11	55	17	85	3	15	20	100
Aspectos al tener en cuenta al mirar las mamas	1	5	19	95	16	80	4	20	20	100
Lugar de la casa donde se realiza la palpación de las mamas	1	5	19	95	18	90	2	10	20	100
Postura correcta para examinar las mamas	16	80	4	20	15	75	5	25	20	100
Parte de la mano con que se realiza el autoexamen de mamas	16	80	4	20	19	95	1	5	20	100
Parte de la mama que debe ser examinada	8	40	16	60	16	80	4	20	20	100

Movimientos al realizar autoexamen de mamas	3	15	17	85	17	85	3	15	20	100
Alteraciones que debe tener encuentra durante la palpación el mamas	10	50	10	50	16	80	4	20	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

En la tabla N°8 se observa incremento del conocimiento del autoexamen de mama dónde aumentó el porcentaje significativamente después de la intervención educativa. Conocimiento sobre la forma de revisión de la mamá aumentó de 11(55%) a 18(90%), conocimiento sobre lugar de la casa donde se realiza la palpación de las mamas incrementó de 9(45%) a 17(85%), conocimiento sobre parte de la mano con que se realiza el autoexamen de mamas de 16(80%) a 19(95%) y conocimiento sobre parte de la mama que debe ser examinada de 8(40%) a 16(60%).

Este estudio tuvo resultados similares al estudio realizado por Martínez Becerra y colaboradores. Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama en mujeres de 20 a 45 años para la detección de masificaciones en una comunidad urbano marginal de Lima metropolitana. Año 2016, donde hubo un incremento del conocimiento sobre el autoexamen de mamas en el 90% de las participantes. (46)

Este resultado tuvo una diferencia estadística significativa $p=0,003$

Más de la mitad de las mujeres reflejaron mediante la encuesta desconocimiento sobre por qué es importante realizarse el autoexamen de mamas, como lo vemos en la tabla N° 9.

Tabla 9. Distribución de las mujeres, según conocimiento sobre importancia del autoexamen mamario. Consultorio J. 2018 Pascuales. Enero – diciembre 2018

p=0,001

Conocimiento sobre la importancia del autoexamen de mamas.	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Conoce	3	15	18	90
No conoce	17	85	2	10
Total	20	100	20	100

Fuente: Encuesta sobre el autoexamen de mamas.

En la tabla N° 9 se observa aumento del conocimiento sobre la importancia del autoexamen de mama de forma significativa de 3(15%) a 18(90%), siendo similar al estudio de Ofelia Rodríguez y colaboradores. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. Año 2016. (47)

En estratos sociales como el de la población a diario atendida, gana vital importancia la promoción de la salud a través de constantes intervenciones para educar a la población.

Por lo tanto, es necesaria la promoción de salud en este estrato social ya que el hecho de que mantengan un nivel de instrucción secundario, no quiere decir que no logren aprender sobre la técnica adecuada del autoexamen mamario. He aquí la importancia de realizar y fortalecer intervenciones educativas.

CONCLUSIONES

El grupo etáreo predominante en el estudio fue el comprendido entre 20 a 29 años de edad. El nivel educacional de secundaria terminada fue el más frecuente. La ocupación de la mayoría de las mujeres incluidas en el estudio fue ama de casa lo que favoreció la implementación de la estrategia educativa.

La investigación permitió determinar que previo a la implementación de la estrategia educativa el conocimiento sobre la técnica del autoexamen de mamas fue deficiente, ya que la mayoría de las mujeres en el estudio tuvieron desconocimiento sobre el tema.

Luego de la implementación de la estrategia educativa para el autoexamen de mama, las mujeres si incrementaron el conocimiento de esta importante técnica de prevención del cáncer de mama.

Al finalizar la investigación los resultados obtenidos al evaluar los conocimientos adquiridos por las mujeres que participaron en las actividades educativas que formaron parte de la estrategia, demostraron incremento del conocimiento de estas sobre el autoexamen de mama.

VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación actual estudio el nivel de conocimiento que la población tiene sobre el autoexamen, que si bien es cierto, la parroquia Pascuales según las estadísticas del MSP, muestra pocos casos, pero estos son diagnosticados estadísticas actuales.

La recolección de datos a través de la encuesta tuvo buena aceptación e interés por responderla.

Son claros los resultados obtenidos, constituyen el punto de partida para enfatizar ciertos temas en la de la intervención. Los resultados se relacionan con otros estudios en los cuales se han implementado la estrategia de intervención educativa donde en etapas avanzadas. Por lo que el conocimiento de estos temas es necesario para la realización de la intervención educativa y de esa manera disminuir las reflejan modificación del conocimiento, lo cual relevancia al estudio.

Todas las participantes serán beneficiadas al obtener nuevos conocimientos sobre el cáncer mamas así mejorar su salud a través de la educación en prevención del cáncer mamas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueredo K. Cuidados paliativos: una opción vital para pacientes con cáncer de mama. Rev haban cienc méd, 2013. [Internet]. 2008 [citado 14 de noviembre 2017]; [aprox. 16p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2008000400008&script=sci_arttext
2. Ruiz Lorente R, Rubio Hernández MC, Hernández Durán D, Tamayo Lien TG. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011. [Internet]. 2011 [citado 14 de noviembre 2017]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO138-600X2011000300007
3. Alonso S, Jimenez S, Delgado A, Quintana V, Grifol E. Abordaje en el cribado de cáncer mamario en grupos poblacionales de riesgo elevado. Radiología de Elsevier. 2012, Volumen 54, Numero 6. [Internet]. 2012. [citado 14 de noviembre 2017]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-abordaje-el-cribado-cancer-mamario-S0033833812000495>
4. Ministerio de Salud Pública (MSP). Ministerio de Salud Pública lanza la Semana de prevención del Cáncer de Mama. 2017 [Internet]. 2017 [citado 19 de noviembre 2017]; Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-lanza-la-semana-de-prevencion-del-cancer-de-mama/>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama: prevención y control. 2017. [Internet]. 2017. [citado 5 de junio 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cáncer de Mama, estadísticas INEGI. [Internet]. 2014 [citado 19 de Noviembre del 2017]; Disponible en: <http://noticieros.televisa.com/mundo/1410/dia-internacional-cancermama/>
7. Portillo Z. Incremento acelerado de cáncer de mama en Lima. Perú 2010. [internet]. 2010. [citado 19 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/cancerdeseno/Recursosadicionales/fragmentad/cancer-de-seno-deteccion-temprana-importance-of-e-d>.
8. Pardo, M., Ramírez, A., Selva, C. y Cuza, P. Modificación de conocimientos sobre cáncer de mama en trabajadoras con factores de riesgo de la enfermedad. Rev. Medisan, 15(1): 92 Cuba 2011. [internet]. 2011. [citado 19 de Noviembre del 2017]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000100013
9. Apodaca Pérez EC. Enfoque comunitario y preventivo de las mastopatías. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2012 mar [citado 2012 jul 11]; 28(1): [aprox6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=SO864-21252012000100010&script=sci_arttext
10. Núñez Copo AC, Frómata Montoya CI, Rubio González T. Factores ambientales y genéticos asociados al cáncer de mama en féminas del área de salud "28 de Septiembre". MEDISAN [Internet]. 2011 Feb. [citado 2012 jul 12];

- 15(2):[aprox 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011000200003&script=sci_arttext
11. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [Internet].; 2016 [citado 2017 Noviembre 19. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>.
 12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cáncer de Mama, estadísticas INEGI. [Internet].; 2014 [citado 2017 Noviembre 19. Disponible en: <http://noticieros.televisa.com/mundo/1410/dia-internacional-cancermama/>.
 13. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
 14. Registro de Tumores SOLCA Cuenca, 1996-2004. 5th ed. Cuenca: Gráficas Hernández; 2007.
 15. Consejo Nacional de Planificación. Buen vivir: Plan Nacional. Quito: Consejo Nacional de Planificación, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2013.
 16. Brandan ME, Villaseñor Y. Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. Disponible en: URL: http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172_289111.pdf.
 17. OMS. Una cita importante: octubre es el Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama. Comentary. Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breast-cancer-awareness/es/>
 18. Bhatia H. El cáncer de mama en Asia, Genre, 2016, 4(6)
 19. Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamientoseno-pdq> Consulta: 1 de Octubre 2016
 20. Ministerio de Salud Pública (MSP). Ministerio de Salud Pública lanza la Semana de prevención del Cáncer de Mama. Octubre 2017 [Internet]. 2017 [citado 19 de noviembre 2017]; Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-lanza-la-semana-de-prevencion-del-cancer-de-mama/>
 21. Ministerio de Salud Publica. Información estadística y geográfica de salud. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 15. Available from: <http://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.
 22. INEC. Sistema integrado de consultas. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre 01. Available from: <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2013&MAIN=WebServerMain.inl>.
 23. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252009000300020

24. Citar un sitio web - Cite This For Me [Internet]. Facmed.unam.mx. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10 oct 2k10.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10_oct_2k10.pdf)
25. Loredó-Figueroa M, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales A, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 2016;13(3):159-165.
26. Muñoz Franco N. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud [Internet]. Scielo.org.ar. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000300007&script=sci_arttext&tlng=pt
27. Citar un sitio web - Cite This For Me [Internet]. Scielo.sld.cu. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc031410.pdf>
28. Noruega C, Roman Y, Varona A, Ameiller D, Ocaña J. Mortalidad por Cáncer de Mama. *Policlínico 13 de Marzo*. 2014-2015 [Internet]. Medigraphic.com. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul166j.pdf>
29. Ariza Márquez Y, Briceño Balcázar I, Ancízar Aristizábal F. Tratamiento de cáncer de seno y farmacogenética. *Revista Colombiana de Biotecnología* [Internet]. 2016 [cited 20 November 2017];18(1). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/biote/v18n1/v18n1a14.pdf>
30. José López A, Orlina López A, Andreina López B. Focos de atención en la prevención del cáncer de mama en Venezuela. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* [Internet]. 2016 [cited 20 November 2017]. Available from: [file:///C:/Users/Micle/Downloads/FOCOS+DE+ATENCI%C3%BDN+EN+LA+PREVENCION+DE+CANCER+DE+MAMA+EN+VENEZUELA.%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Micle/Downloads/FOCOS+DE+ATENCI%C3%BDN+EN+LA+PREVENCION+DE+CANCER+DE+MAMA+EN+VENEZUELA.%20(4).pdf)
31. Censos I. El cáncer de mama en Ecuador [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-cancer-de-mama-en-ecuador/>
32. En Guayaquil, incidencia de cáncer de mama va a la par con el de útero [Internet]. *El Universo*. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: <https://www.eluniverso.com/vida-estilo/2016/10/18/nota/5861659/incidencia-cancer-mama-par-utero>
33. SUCACAHUA J. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA [Internet]. Repositorio.uladech.edu.pe. 2017 [cited 21 November 2017]. Available from: <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/839/CANCER+DE+MAMA+CONOCIMIENTO+SUCACAHUA+FERNANDEZ+JACQUELINE+ROSA.pdf?sequence=1>
34. Gonzalez D. autoexamen de mama - CUNORI [Internet]. Cunori.edu.gt. 2017 [cited 21 November 2017]. Available from: [http://cunori.edu.gt/descargas/Auto examen de MAMA.pdf](http://cunori.edu.gt/descargas/Auto+examen+de+MAMA.pdf)
35. Redondo P. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención [Internet]. Cendeisss.sa.cr. 2017 [cited 22 November 2017]. Available from: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>

36. . Cobos Ordóñez A. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016. [Internet]. Repositorio.ucsg.edu.ec. 2018 [cited 4 June 2018]. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7385>
37. Caballeros I, Alvarez M, Díaz M, López L, Marrero L. Intervención educativa sobre cáncer y autoexamen de mamas en mujeres con riesgo [Internet]. Tecnosaludcmw2017.sld.cu. 2018 [cited 2 December 2018]. Available from: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/88/53>
38. Gonzalez O. Intervención educativa sobre enfermedades benignas mamarias y autoexamen de mama [Internet]. Revmgi.sld.cu. 2018 [cited 2 December 2018]. Available from: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/78/63>
39. Censos INdEy. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 28]. Available from: www.inec.gob.ec.
40. O AC. Análisis de la Situación de Salud en Pascuales. 2014.
41. Caballeros I, Alvarez M, Díaz M, López L, Marrero L. Intervención educativa sobre cáncer y autoexamen de mamas en mujeres con riesgo [Internet]. Tecnosaludcmw2017.sld.cu. 2018 [cited 2 December 2018]. Available from: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/88/53>
42. Caballeros I, Alvarez M, Díaz M, López L, Marrero L. Intervención educativa sobre cáncer y autoexamen de mamas en mujeres con riesgo [Internet]. Tecnosaludcmw2017.sld.cu. 2018 [cited 2 December 2018]. Available from: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/88/53>
43. Santana D, Berguelich D, Romero D, Savignon D, Martínez D. Intervención educativa sobre autoexamen de mama [Internet]. Revinfcientifica.sld.cu. 2018 [cited 3 December 2018]. Available from: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/444/840>
44. Castillo E, Tirado A, Hernández L, Sánchez B, Caraballo A. Intervención educativa sobre cáncer de mama [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2015 [cited 3 December 2018]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-sobre-cancer-de-mama/>
45. Pantaléon M. Diseño y evaluación de un programa de conocimientos sobre el cáncer de mama en los adolescentes. [Internet]. Ri.uaemex.mx. 2018 [cited 3 December 2018]. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/68228/Tesis%20Ma.%20Eugenia%20Pantale%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Verástegui Colán R, Martínez Becerra D, Medina Suarez K. Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento y práctica del autoexamen de mama en mujeres de 20 a 45 años para la detección de masificaciones en una comunidad urbano marginal de Lima Metropolitana [Internet]. Repositorio.upch.edu.pe. 2016 [cited 3 December 2018]. Available from: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/842>

47. Rodríguez O, Pérez L, Mesa L, Santos R, Fanjul N, Leyva M. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud [Internet]. Medigraphic.com. 2018 [cited 27 November 2018]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2013/mec133g.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

Yo _____ con CI: _____, he recibido del Dr. Wiston Ponce Reyes la información de la encuesta.

Al participar en esta investigación responderé preguntas sobre factores de riesgo para cáncer de mama y autoexamen mamario. Mi participación en esta investigación es libre y voluntaria. He sido informada sobre la confidencialidad de mi identidad y mis respuestas, las cuales no se compartirán con personas ajenas a la investigación, no se me someterá a experimentación alguna y la información que daré se mantendrá en absoluta privacidad. Al mismo tiempo los resultados del estudio solo podrán ser expuestos y utilizada para fines científicos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente colaborar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi futura atención médica. Si deseo información al respecto puedo contactarme con el Dr. Wiston Ponce Reyes en el consultorio J del centro de salud pascuales o al celular 0991225399 .

Firma de la participante _____

Fecha _____

Nombre del investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____

Anexo 2 Estrategia de intervención educativa

Técnicas

En este programa se usó distintos métodos y actividades pedagógicos según los módulos. Las técnicas que se utilizaron son charlas mezcladas con actividades lúdicas y videos. Posterior a cada sesión se realizó retroalimentación de lo aprendido.

Además se estimuló a las participantes con la entrega de un certificado de asistencia.

Desarrollo de la estrategia

Modulo N°1. Tema: Introducción al programa educativo y definición del cáncer de mama.

Objetivos

- Presentación de los participantes.
- Explicación del curso y sus objetivos.
- Definición del cáncer de mama
- Motivar a la divulgación de los temas explicados a amigas, vecinas u otras personas.

Actividades:

Introducción: Cada participante se presentó a través de la técnica: “Presentación Cruzada”, que consiste en intercambiar información de pareja durante 3 ó 4min. Luego cada miembro de cada pareja presentó al otro. Se explicó las principales características del cáncer de mama, haciéndose énfasis en su definición.

Actividad Principal: mediante lluvia de ideas de las participantes se llegó a la definición de cáncer de mama. Posteriormente se pidió que presentaran sus dudas con respecto al tema, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: se aplicó la técnica: “Tingo tingo tango”, que consiste en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha, mientras la expositora canta las palabras que cuando dice tango y coincide con una participante, aquella respondió preguntas del tema expuesto. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

1. Tiempo: 30 – 60 min,

2. Métodos de enseñanza: Conferencia

3. Medios: humanos, pancarta de cartulina, pelota y material de oficina.

Modulo N° 2 Tema: Características clínicas del cáncer de mama.

Objetivos:

- Explicar las principales características del cáncer de mama
- Mostrar la forma de reconocerlas

Actividades:

Introducción: Breve resumen de la actividad anterior

Actividad Principal: Se realizó lectura donde se indicaron las principales características del cáncer de mama, posteriormente, se les mostró un vídeo.

Se divide el grupo en dos equipos que se identificaron por nombres escogidos por las participantes. Posteriormente se escogió al azar a un miembro de cada equipo, que a través de la mímica ilustró algún síntoma del cáncer de mama a sus equipos respectivos. Gana el grupo que mayores aciertos tenga.

Cierre: Al finalizar el moderador enfatizó la forma de reconocer los signos y síntomas del cáncer de mama con lo que concluyó dicha sección. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 a 60 min.

Métodos de enseñanza: conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, Videos y Televisor.

Modulo N° 3 Factores de riesgo para el autoexamen de mamas

Objetivos:

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

Actividades:

Introducción: Se realizaron tres preguntas de control relacionada con el tema anterior.

Actividad Principal: se inició el módulo con una conferencia sobre los factores de riesgo; luego a través de la técnica participativa Lluvia de ideas se le solicitó a las pacientes que mencionaran los factores de riesgo, los cuales se escribieron en la pizarra. Al finalizar el moderador expuso cual sería el más importante para las pacientes.

Cierre: se indicaron a las pacientes que expongan lo que modificaron en su estilo de vida y el por qué. Lo cual fue seguido de un resumen de aquellos que se consideran los principales factores.

Tiempo: 30 a 60 min.

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios: Humanos, pizarra y marcadores.

Modulo n° 4 Tema: Técnica del auto examen de mama

Objetivos:

- Enseñar la técnica adecuada del autoexamen de mama

Actividades:

Introducción: para lograr la motivación en este encuentro, se escogió a algunas de las participantes que de forma voluntaria que quisiera exponer lo aprendido en el encuentro anterior.

Actividad principal: Se dividió en dos grupos para que dialoguen sobre el autoexamen de mama con respecto a la técnica, es decir cómo, cuándo y dónde se realizan la autoexploración mamaria.

Posteriormente se realizó una exposición de una representante de cada grupo para hacer un debate del tema en el que se involucra a todas las participantes, dirigido por el moderador que enfatizó en la técnica adecuada del auto examen.

Cierre: Se aplicó una técnica de “La Papa Caliente”, se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tenía en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se pidió que lo circularan al ritmo de la música.

Al detenerse el sonido quien tuvo el preservativo lo explotó, se leyó la pregunta en voz alta y dio respuesta, al no ser correcta se corrigió en el grupo y se entregó otro preservativo a las participantes, prolongándose el juego hasta que se terminó las preguntas.

Además se observó un video sobre la técnica adecuada del autoexamen mamario. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 a 60 min.

Medios de enseñanza: Clase taller

Medios: Humanos, preservativos, grabadora, marcadores, materiales de oficina.

Modulo N° 5 Tema: Conclusiones

Objetivos:

- Confirmación del conocimiento adquirido a través de un test.

Actividades:

Introducción: Se realizó preguntas del tema anterior.

Actividad Fundamental: se aplicó la encuesta donde se les pidió a las pacientes que no pongan su nombre.

Cierre: Se realizó la técnica de animación, “El regalo y utilidad”, donde las participantes sentadas en forma de círculo comenzaron de derecha a izquierda, dando un regalo a cada compañera sin que el que este al lado sepa cuál es. Después se mencionó de izquierda a derecha una utilidad cualquiera y al final cada una dijo que se le ha regalado y para que lo utilizará. Luego cada una opinó sobre los aspectos positivos y negativos que le ofreció esta intervención educativa.

Tiempo: 30 a 60 min.

Métodos de enseñanza: Taller

Medios: humanos y material mimeografiado

PRESUPUESTO

Los recursos que fueron necesarios para llevar nuestras sesiones son:

Recursos Humanos:

Médica (o) que se encargará de las sesiones del programa y del seguimiento en consulta de los participantes.

Recursos Materiales:

Sala del centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, una pizarra y unas 20 sillas.

Folio y bolígrafos.

Cartel del programa.

Cuestionarios.

Video.

Recursos financieros:

Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

Anexo 3 Encuesta

Estimada Sra.

Nos dirigimos a usted de una forma respetuosa para obtener información sobre el conocimiento acerca de autoexamen mamario, lo cual será de mucha utilidad para la investigación que estamos desarrollando, y por lo cual le quedamos muy agradecidos.

Complete los datos que se solicitan a continuación:

1. Edad: _____ años.

2. Nivel de instrucción:

Primaria completa _____ Primaria incompleta _____

Secundaria completa _____ Secundaria incompleta _____ Superior _____

3. Estado civil: Soltera ___ Casada ___ Unión libre___ Divorciada
___ Separada___

4. Ocupación: Trabajadora ___ Ama de casa _____ Estudiante _____

5. ¿A qué edad considera que debe comenzar a realizarse el autoexamen de mama?

Menor de 20 años ___ Entre 20 y 59 años ___ Mayor 60 años _____

6. ¿Con qué frecuencia cree Ud. que las mujeres deben realizarse ellas mismas el examen de mamas?

Una vez a la semana ___ Una vez al mes _____

Una vez al año ___ Nunca _____

7. ¿En qué momento debe realizarse el autoexamen de mamas?

-Antes de la menstruación _____

-De 3 a 5 días del comienzo de la menstruación _____

-Después de haber terminado la menstruación _____

-En cualquiera de estos momentos _____

8. ¿La revisión de sus mamas debe hacerse?

Solo mirándolas ___ Solo tocándolas ___ Mirándolas y tocándolas _____

9. ¿En qué lugar de la casa cree que es más adecuado empezar el examen de la mama?

Acostada en la cama ___ Frente al espejo _____

En la ducha___ En cualquier lugar _____

10. ¿Al Mirar las mamas qué aspectos usted considera debe tenerse en cuenta?

-Cambios en la textura de la piel (piel de naranja, rojeces, grietas). _____

-Retracción o hendidura del pezón (en una posición invertida a la normal). _____

-Secreción del pezón _____

-Llenura anormal o hundimiento del pezón _____

-Incremento del número de venas visibles en uno de los senos _____

-Diferencia marcada en el tamaño de las mamas. _____

-Todas las anteriores _____

11. ¿En qué lugar de la casa cree que es más adecuado realizar la palpación de las mamas?

-Acostada en la cama ___ Frente al espejo ___ En la ducha ___ En cualquier lugar ___

12. ¿Dónde debe de colocar la mano derecha si va examinar la mama derecha?

-Coloque la mano derecha por detrás de la cabeza. Con los dedos del medio de la mano izquierda presione suave pero con firmeza haciendo movimientos pequeños para examinar toda la mama derecha ___





-Al lado del cuerpo ___

-Encima del abdomen ___

13. ¿Con qué parte de la mano debe tocar la mama para realizar el autoexamen?

Toda la mano ___ Solo con los dedos ___ Solo con la palma ___

14. ¿Qué parte de la mama debe ser revisada de inicio y cuál al final durante el examen?

	Palpando la mama desde la axila (sobaco)	
	Solo en el pezón	
	En una sola parte de la mama	
	Solo en el lugar de la molestia	

15. ¿Qué movimiento realiza con sus manos al examinar sus mamas?

Circular

Radiada o cuña

Lineal

Todas las opciones



16. ¿Qué usted busca al palpar las mamas?

-Un bulto del tamaño de un fréjol (dolorosa o no) ____

-Un bulto del tamaño de una nuez (dolorosa o no) ____

-Una masa dura y densa, inmóvil al palparlo ____

-Todas las anteriores ____

17. ¿Qué importancia Ud. le atribuyen al autoexamen de mamas?

Muy importante ____ Importante ____ Poco importante ____ No importante ____

18. ¿Por qué es importante para usted?

-Para prevenir el cáncer de mamá ____

-Para una lactancia materna adecuada ____

-Para hacer un diagnóstico temprano de cáncer de mama ____

-Para primera y tercera opción ____

-Todas las anteriores ____



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ponce Reyes Wiston Marcelo**, con C.C: # **0922162920** autor/a del trabajo de titulación: *“Implementación de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama en mujeres de 20 a 60 años del consultorio J. Centro de Salud Pascuales. 2018”*, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de diciembre del 2018

f. _____

Nombre: **Wiston Marcelo Ponce Reyes**

C.C: **0922162920**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	<i>“Implementación de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama en mujeres de 20 a 60 años del consultorio J. Centro de Salud Pascuales. 2018”.</i>		
AUTOR(ES)	Wiston Marcelo Ponce Reyes		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Sanny Aranda Canosa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	50
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cáncer, mamas, autoexamen, conocimiento, intervención, educativa.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama es un problema de salud en el mundo. En Ecuador, ocupa la segunda causa de muerte en la población femenina (10,39 %) según el Instituto de estadísticas y censos en el año 2013. Materiales y Métodos: Se realizó una investigación experimental, longitudinal y según el número de variables analítico, cuyo fin fue recolectar mediante encuesta elaborada por otro autor, las características sociodemográficas; nivel de conocimiento sobre el tema, en una población de 20 mujeres entre los 20 a 60 años de edad pertenecientes al consultorio médico J del Centro de Salud Pascuales. Se implementó la encuesta de una estrategia de intervención educativa. Los datos obtenidos fueron procesados una base de datos al efecto en Microsoft Excel, el cual se exportó del paquete estadístico IBM PSS 22.0. Resultados: El grupo etáreo que predominó fue el de 20 a 29 años de edad (40%), unión libre (35%), el nivel de instrucción que predominó fue secundaria completa (40%) y la ocupación fue la de ama de casa (80%). Con relación al conocimiento se observó en el pre-test desconocimiento sobre el autoexamen mamario (85%) y Luego de la intervención educativa en el post-test hubo un incremento del conocimiento sobre el tema estudiado (85%). Conclusiones: Luego de la implementación de la estrategia educativa para el autoexamen de mama, las mujeres si incrementaron el conocimiento de esta importante técnica de prevención del cáncer de mama.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593958882049	E-mail: wistonponce@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Ladivar Varas		
	Teléfono: +59343804600 ext.: 1830 - 1811		
	E-mail: Xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			