



Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud

Diseño y evaluación de un programa de conocimientos sobre el cáncer de mama
en los adolescentes.

Tesis.

Para obtener el título de:

Licenciado en educación para la salud.

Presenta:

María Eugenia Pantaleón García

Asesor:

Dr. Manuel Leonardo Ibarra Espinosa

2016

INDICE

Lista de tablas y figuras.	5
Resumen.	7
Introducción.	8
CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1-Justificación:	11
1.2-Objetivo general	13
1.3-Objetivos particulares.	13
1.4-Hipótesis.	13
CAPITULO 2 MARCO TEORICO.	15
2.1-Definiciones	15
2.2-Antecedentes	19
2.3-Epidemiología	22
2.4-Determinantes	34
2.5-Factores asociados.	40

2.6-Factores de riesgo	42
2.7-Factores protectores	50
2.8-Modelo	52
2.9-Intervención preventivas	55
CAPITULO 3: MÉTODO	68
3.1-Participantes	68
3.2-Instrumento	68
3.3-Intervención	69
CAPITULO 4. RESULTADOS	73
4.1-Estadísticos descriptivos	73
4.2-Estadísticos diferenciales	76
CAPITULO 5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	78
CAPITULO 6. CONCLUSIONES	82
6.1- Propuestas desde el punto del Educador para la Salud.	83
REFERENCIAS	87
ANEXOS	96

Anexo 1 (Instrumento)	96
Anexo 2 (Consentimiento informado)	105
Anexo 3 (Asentimiento informado)	108
Manual de intervención.	110

Lista de tablas y figuras

Tabla 1: Tasa de mortalidad hospitalaria por cáncer de mama según entidad federativa 2009 (SSA, 2010).	24
Tabla 2: Factores de riesgo para cáncer de mama.	49
Tabla 3: Contenido del programa de intervención.	69
Tabla 4: Medias y desviación estándar.	76
Figura 1: Incidencia de tumor maligno de mama en mujeres de 20 años y más, por entidad federativa 2013.	28
Figura 2: Tasas estandarizadas con la población femenina mundial de 25 años o más.	33
Figura 3. Factores asociados con el aumento o disminución del riesgo de desarrollar cáncer de mama.	52
Figura 4: Grupo al cual pertenecen los participantes.	73
Figura 5: Edad de los participantes.	73
Figura 6: Sexo de los participantes.	74
Figura 7: Ocupación de los participantes.	74
Figura 8: Estado civil de los participantes.	75

Resumen.

Introducción: El cáncer de mama es uno de los más frecuentes en la población femenina y masculina ya que por cada 100 mujeres, 1 hombre padece la enfermedad. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. Por lo que se hace necesario tomar medidas preventivas para un diagnóstico temprano. **Objetivo:** Evaluar el impacto que tiene un programa de conocimientos para modificar el comportamiento y actitudes sobre el cáncer de mama en los adolescentes. **Método:** Se realizó una intervención educativa en alumnos de la Preparatoria Oficial del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México en el año 2016. La muestra incluyó (98 alumnos que oscilan entre M=15-20 años), aproximadamente 47 hombres y 51 mujeres. A los cuales se les aplicó un instrumento inicial en relación sobre conocimientos sobre el cáncer de mama, conocimientos sobre el autoexamen de mama y actitudes ante el autoexamen de mama. De los cuales seleccionamos 2 grupos (A y B). El A que fue el grupo Control (n=47) y el B (n=51) al cual se le implementó el programa “Diseño y evaluación de un programa de conocimientos sobre el cáncer de mama en mujeres”. Una vez terminada la intervención se les aplicó el mismo cuestionario. Los resultados fueron procesados de forma computarizada utilizando SPSS 19, los resultados se presentan en texto, gráficas y tablas. **Resultados:** Antes de la intervención educativa, predominó un desconocimiento sobre la definición de cáncer de mama, signos y síntomas. **Conclusiones:** La intervención fue un éxito, las 10 sesiones que incluía el programa PREVISA fueron adecuadas para que el conocimiento en los adolescentes sobre el cáncer de mama aumentara.

Introducción.

A lo largo de la vida de la mujer, las mamas cambian de textura y aspecto en función de su desarrollo hormonal y sexual. Además, dependiendo del momento del ciclo menstrual en que se encuentra, se van a producir cambios que pueden ser sintomáticos o no, en función del nivel hormonal de cada persona y de su susceptibilidad.

En la mama también pueden aparecer tumores benignos constituidos por células que se dividen en exceso, pero no pueden dañar o invadir otras partes del organismo.

Los tumores malignos están compuestos por células que se dividen sin control y, además, son capaces de destruir tejidos y órganos cercanos (infiltración) y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis).

El acceso a los servicios de salud ha provocado el descenso en las tasa de mortalidad en enfermedades infecciosas, en los últimos años se han incrementado las enfermedades crono degenerativas, como principales causas de muerte en México, sin dejar a un lado el envejecimiento progresivo.

Actualmente, aunque la NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, “establece que las actividades de prevención, incluyen la comunicación educativa a la población para valorar los factores de riesgo, desarrollando actividades de detección que incluyen tres tipos de intervención específica dirigidos a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad y su vulnerabilidad: 1) Autoexploración, 2) Examen clínico y 3) Mastografía” (CEVEC, 2012).

Las enfermedades crono degenerativas son el mayor problema de salud que se enfrenta en la actualidad, los largos periodos en que el individuo convive con la

enfermedad, hacen que el resultado que la interpretación y la significancia de sus síntomas, su tratamiento sean más tardados.

El cáncer como enfermedad crónica degenerativa engloba a muchas y diferentes enfermedades que se caracterizan por el crecimiento descontrolado o anormal de la células. En particular el CaMa se presenta con mayor frecuencia en la población femenina.

El CaMa (cáncer de mama) es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de CaMa está aumentando en el mundo en desarrollo, debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados.

El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama.

De acuerdo a lo expuesto el objetivo de este trabajo es evaluar el impacto que tiene un programa de conocimientos para modificar el comportamiento y actitudes sobre el cáncer de mama en los adolescentes. Por lo cual en el primer capítulo se iniciará por conocer la justificación y los objetivos planteados para evaluar el impacto del programa de conocimientos, en el segundo capítulo se darán a

conocer la situación del CaMa en México y se abordarán ampliamente los antecedentes, epidemiología, determinantes, factores de riesgo y factores protectores.

En el tercer capítulo se abordará el método de la intervención que se llevará a cabo, donde se incluyen los participantes, el instrumento y la intervención. En el cuarto capítulo se darán a conocer los resultados de la intervención, en el quinto capítulo se llevará a cabo el análisis de los resultados y la discusión de los mismos. Finalmente en el sexto capítulo se darán las conclusiones a las que se llegó después de la intervención.

CAPITULO 1. Planteamiento del problema:

1.1-Justificación:

El cáncer de mama es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo (Organización Mundial de la Salud, 2014).

El cáncer de mama, se ha convertido en una enfermedad de importancia creciente en todo el mundo. Las estimaciones, indican que en 1975, se diagnosticaron más de 500.000 casos nuevos, y que en el año 2000, la incidencia mundial superó el millón de casos anuales (Agostino, 2002).

A nivel internacional una de cada ocho mujeres tiene o va a desarrollar el cáncer de mama en el lapso de su vida, es decir, que el 12 % de la población femenina, va a presentar esta enfermedad (Instituto Politécnico Nacional, 2006).

Cada año se reporta un millón de nuevos casos, de los cuales aproximadamente la mitad ocurre en los países desarrollados y es donde se registran la mayoría de las muertes por esta causa. En México los registros epidemiológicos muestran que el número de casos nuevos reportados de cáncer mamario va en aumento, así como la tasa de mortalidad por esta causa, actualmente ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en las mujeres mayores de 25 años y es un grave problema de salud pública en nuestro país (Secretaría de Salud México, 2002).

“Con una población un poco mayor de 100 millones de habitantes, el cáncer de mama, es hoy en día uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer” (Knaul, Nigenda & Lozano, 2009).

El análisis de la mortalidad por cáncer de mama, en el 2006 muestra variaciones importantes por entidad federativa. Once estados de la República concentran 50% de las muertes por esta causa.

Los estados se ubican principalmente en el norte, occidente y centro del país, estos se caracterizan por tener mejor nivel socioeconómico, entre los cuales se encuentran: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Guanajuato y Distrito Federal.

El análisis por municipio muestra que Guadalajara, Jal. Tiene el primer lugar en defunciones, el segundo lugar lo ocupan dos delegaciones políticas de la Ciudad de México, Iztapalapa y Gustavo A. Madero y, el tercer lugar, Monterrey, N. L. (INEGI, CONAPO, 2000).

En 2012, el cáncer de mama es la principal causa de egreso hospitalario entre las mujeres de 20 años y más (30.8 por ciento) (INEGI, 2015).

En la actualidad se especula sobre las causas del aumento de cáncer de mama en el mundo; la mayor parte de los autores señalan a los estilos de vida como los responsables principales. Sin embargo, el problema es muy complejo y está aún lejos de haberse dilucidado.

Algunas investigaciones han concluido que las diferencias por clase socioeconómica, en cuanto al riesgo por cáncer de mama, están ligadas a diferencias en factores reproductivos, siendo las mujeres de más alto nivel educativo las que tienen el primer hijo a mayor edad, menor número total de hijos y mayor tendencia a uso de anticonceptivos orales, factores que se han señalado como asociados con la incidencia mayor de cáncer de mama (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cáncer de la mujer en América Latina y El Caribe, 1992).

A pesar de los importantes avances en el conocimiento de la etiología, la prevención y el tratamiento del cáncer de mama, así como en la expansión de la cobertura de servicios de salud, en el país siguen persistiendo amplias disparidades en el acceso y atención de esta enfermedad, lo cual se ha traducido en detecciones tardías, en disminución de la sobrevivencia de las mujeres y, con frecuencia, en muerte (Agudelo, 2011).

El panorama que se tiene sobre el cáncer de mama es crítico, la finalidad de hacer un programa sobre conocimiento de cáncer de mama es para lograr que la población tenga la cultura de la prevención y así poder aumentar el autocuidado, para lograr disminuir nuevos casos.

1.2-Objetivo general:

Evaluar el impacto que tiene un programa de conocimientos para modificar el comportamiento y actitudes sobre el cáncer de mama en los adolescentes.

1.3-Objetivos particulares:

Conocer los pasos para una autoexploración exitosa.

Identificar los factores de riesgo y factores protectores del CaMa.

Reconocer la anatomía de la mama para saber la ubicación donde aparecen los tumores mamarios.

Reproducir el autocuidado en la familia para prevenir.

Distinguir entre los mitos y la realidad sobre el CaMa,

Reconocer la importancia de la familia en la reproducción del autocuidado.

1.4-Hipótesis:

La implementación de un programa de educación para la salud que modificará (los conocimientos de las personas sobre cáncer de mama) conductas y hábitos dirigidos a la prevención sobre el CaMa en los participantes del grupo de intervención.

H_1 Si hay relación entre los conocimientos que los participantes tienen sobre el CaMa para llevar a cabo la prevención.

H_0 No hay relación entre los conocimientos que los participantes tienen sobre el CaMa para llevar a cabo la prevención.

CAPITULO 2: Marco teórico.

2.1 Definiciones.

Afectación linfática. Presencia de células cancerígenas (Breastcancer, S/F).

Autoexploración mamaria. Consiste en auto examinarse las mamas de forma regular, puede ser una buena forma de detectar el cáncer de mama en un estadio temprano, cuando puede tratarse con mejores resultados (Breastcancer, S/F).

Axilar. Pertenece o relativo a la axila (WordReference, S/F).

Cáncer de mama. Es el que comienza en los tejidos mamarios y existen dos tipos principales: El carcinoma ductal que comienza en los tubos (conductos) que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo. El carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche (Medlineplus, S/F).

Caquexia. Alteración profunda del organismo que aparece en la fase final de enfermos con cáncer, puede provocar un claro deterioro de la calidad de vida, la capacidad funcional, la autoimagen, la autoestima y la expectativa de supervivencia. (Tuca, Calsina y González, 2010).

Carcinoma. Tumor maligno que se forma a partir del tejido epitelial de los órganos (Medlineplus, S/F).

Cercenar. Cortar la extremidad de una persona (Real Academia Española).

Dieta hiper calórica. Consumo de alimentos altos en calorías. Permite lograr un aumento de peso (Medisur, S/F).

Dissección. Examen o análisis minucioso y detallado de algo (The Free Dictionary, S/F).

Es todo aquello que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer (American Cancer Society, 2014).

Estradiol. Hormona que se encuentra en la sangre (MedlinePlus, S/F).

Factores de riesgo. Un factor de riesgo de cáncer mamario es cualquier factor (genético, ambiental, comportamental, etc.) que lleve a un mayor riesgo de contraer cáncer mamario en la persona con ese factor (Ministerio de salud y asistencia social, 2006).

Fetidez. Olor desagradable e intenso (Wordreference, S/F).

Ganglios linfáticos. Órganos pequeños en forma de frijol que actúan como filtros a través de los canales de líquido linfático. Debido a que el líquido linfático sale de la mama y luego retoma el torrente sanguíneo, los ganglios linfáticos sirven para atrapar y retener las células cancerígenas antes de que lleguen a otras partes del cuerpo.

La presencia de células cancerígenas en los ganglios linfáticos de la axila indica un riesgo mayor de propagación de la enfermedad (Breastcancer, S/F).

Ganglios. Son pequeñas bolitas, de forma redondeada, que no se ven. Pero a veces crecen y se notan más. Esto quiere decir que el sistema inmunológico está trabajando, como un filtro, eliminando sustancias nocivas para la salud (Familia y salud, S/F).

Incidencia. Número de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. (MedlinePlus, S/F).

Lumpectomia. Extirpación de un tumor de mama y parte del tejido normal que lo rodea. Forma de cirugía de "conservación de mama" o "preservación de mama" (Breastcancer, S/F).

Mamografía. Radiografía de las mamas que se utiliza para encontrar cáncer y tumores mamarios (Medlineplus, S/F).

Menarca precoz. La primera regla llega antes de los 10 años (Medlineplus, S/F).

Menarca. Primera menstruación o regla y marca el inicio de la adolescencia (Medlineplus, S/F).

Menopausia tardía. Retiro de la menstruación y esta llega después de los 55 años (Bekia salud, S/F).

Menopausia. Etapa del último ciclo menstrual (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, 2015).

Metástasis axilar. Reproducción o extensión de una enfermedad o de un tumor en la axila (America Cancer Society, S/F).

Metástasis. Reproducción o extensión de una enfermedad o de un tumor a otra parte del cuerpo (American Cancer Society, S/F).

Multiparidad. Condición de haber tenido más de un bebe (The free dictionary, S/F).

Neoplasia maligna: Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos (Instituto Nacional de Cáncer, S/F).

Nuliparidad. Mujer que nunca ha tenido hijos (Clínica de la mujer, S/F).

Obesidad. Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015).

Peso corporal. Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona. (Medlineplus, S/F).

Pre menopausia. Proceso de transición entre tu vida fértil y la menopausia (Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento, 2015).

Radiaciones ionizantes. Es un tipo de energía liberada por los átomos en forma de ondas electromagnéticas. Estos pueden resultar de la irradiación externa (por ejemplo, la exposición médica a los rayos X). La irradiación externa se detiene cuando la fuente de radiación está blindada o la persona sale del campo de irradiación (OMS, 2015).

Resección. Operación quirúrgica que consiste en separar total o parcialmente uno o varios órganos o tejidos del cuerpo (MedlinePlus, S/F).

Riesgo de recidiva. Reparición del tumor maligno tras un periodo más o menos largo de ausencia de enfermedad (Asociación española contra el cáncer, 2015).

Sedentarismo. Falta de actividad física regular, definida como: “menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana” (Madrid más salud, S/F).

Supervivencia. Conservación de la vida, especialmente cuando es a pesar de una situación difícil o tras de un hecho o un momento muy significativo (The Free Dictionary, S/F).

Tasa de letalidad. Tasa de muertes por una enfermedad determinada durante un periodo de tiempo/N de casos de esta enfermedad durante este periodo x 1000 (Garcia, 2000).

Tumores. Es una masa anormal de tejido corporal (Medlineplus, S/F).

2.2-Antecedentes:

Las enfermedades mamarias, con orígenes inciertos y enormes confusiones terapéuticas, han llamado la atención de médicos de todas las épocas (Agostino, Castañed & Dilorio, 2002).

El cáncer de mama (CaMa) es una enfermedad que ha acompañado a la humanidad desde tiempos ancestrales.

Hipócrates (460-370 a. C.) fue quien dio el nombre de cáncer a las enfermedades malignas por su semejanza al cangrejo señalando en sus escritos posteriores la evolución mortal de las mujeres con tumores mamarios “ocultos”, y evitar cualquier tratamiento ya que éste aceleraba su muerte, la cual se presentaba por caquexia y las pacientes sin tratamiento vivían por largos períodos de tiempo (Jouanna citado en Beltrán, 2010).

Con la introducción de la anestesia general en el año 1846, se propusieron cirugías más radicales, recomendando la resección completa de la mama y el corte de los extremos superiores de los músculos pectorales, para obtener una mayor exposición de la axila durante la disección ganglionar. Es interesante mencionar a Billrot, quien trató al CaMa con lumpectomía, en etapas tempranas, recomendando, la extirpación completa de la mama en etapas avanzadas (Beltrán, 2010).

La mención de los cánceres de pecho en literatura más allá de los libros médicos era rara, era una cuestión de tabú y la vergüenza que significó la detección y la diagnosis. La Implicación de más mujeres y activamente de poner en evidencia la enfermedad en el abierto, es un fenómeno reciente que es alrededor de tres o cuatro décadas viejas.

En los años 90 el símbolo del cáncer de pecho – la cinta rosada - puso en evidencia una revolución contra este cáncer (Mandal citado en News Medical, 2015).

Una de las principales causas de muerte a nivel mundial es el cáncer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que solamente en el 2002, el número de muertes a causa de algún tipo de cáncer fue de 7.1 millones, lo que constituye el 12.5% de las muertes totales mundiales anuales.

El CaMa no solo es una vieja enfermedad que supera la raza, la clase, el tiempo y el espacio, sino que es un horror conocido en cada cultura y en cada edad.

Históricamente hay un profundo arraigo en las creencias religiosas, interpretando el cáncer como castigo, prueba o voluntad divina (Olson, 2002)

Hace más de 30 años, se encontró en México mujeres, madres, amas de casa sobrevivientes de CaMa que reconocían esta enfermedad como un problema de salud pública aún y cuando no sabían reconocerlo por este nombre.

El sistema de salud les ha fallado en áreas de información y educación acerca de la enfermedad, accesibilidad a un diagnóstico y tratamiento oportuno, en generar mecanismos de protección hacia ellas y sus familias contra el estigma y rechazo social que dicha enfermedad produce (Fundación Mexicana para la Salud, 2009).

En México, a causa del CaMa doce mujeres mueren diariamente, lo cual representa aproximadamente, una tercera parte de las pacientes diagnosticadas con este tumor maligno, más del 90% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas, con tumores de más de cinco centímetros, y solo el 3.7% de las pacientes identifican las lesiones en estadios tempranos (Rodríguez, 2009).

En enero del año 2006, el gobierno federal anunció la cobertura universal del CaMa a través del Seguro Popular. A pesar de esto, los servicios aún no llegan a las mujeres mexicanas en la mayor parte de las entidades rurales.

Los diagnósticos son todavía tardíos y los pronósticos desfavorables. Pese a todos los esfuerzos realizados por el sector público, los recursos dispuestos hoy para educación, prevención, detección oportuna, tratamiento y cuidados paliativos en CaMa son insuficientes (Maza & Vecchi, 2009).

La magnitud actual del CaMa en México, a partir del 2006, éste ocupa el primer lugar de mortalidad por tumor maligno en las mujeres mayores de 25 años, desplazando de esa posición al cáncer cervicouterino. En el año 2010 la tasa estandarizada de mortalidad fue de 18.7 por 100 mil mujeres de 25 y más años, lo que representa un incremento del 49.5% en los últimos 20 años (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs & Poitevin, 2013).

Durante los últimos 10 años la incidencia del CaMa ha aumentado en todo el mundo y México no es la excepción. La mortalidad por este tipo de cáncer, ha mostrado un incremento, no alcanza los niveles de la incidencia, además se ha estimado que más de 80% de los casos de cáncer que se detectan en México están en etapa avanzada, porque la detección temprana es poco frecuente (Poblano, Figueroa & López, 2004).

México carece de un registro universal de mujeres con CaMa y poco se conoce sobre los procesos de atención de esta enfermedad, desde la detección hasta su tratamiento y control (López, Suarez, & Torres, 2009).

2.3-Epidemiología:

A nivel mundial el CaMa es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en el 2004 murieron 519 000 mujeres por CaMa y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004).

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), menciona que cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos y fallecen 458 mil personas por esta causa.

Actualmente, la incidencia de este tipo de cáncer es similar en países desarrollados y en desarrollo, pero la mayoría de las muertes se dan en países de bajos ingresos, en donde el diagnóstico se realiza en etapas muy avanzadas de la enfermedad. En América Latina y el Caribe, el CaMa es el más frecuente entre las mujeres, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2012, se detectó esta neoplasia en más de 408 mil mujeres y se estima que para 2030, se elevará un 46 por ciento (INEGI, 2014).

La probabilidad de padecer CaMa aumenta conforme la mujer envejece, datos de 2012 señalan que la tasa de morbilidad hospitalaria en las mujeres de 15 a 44 años de edad es de 26.7 y llega a un máximo de 170.3 entre las mujeres de 45 a 64 años. En el caso de hombres con esta afección, la tasa de morbilidad más alta es para los mayores de 65 años con 6.6 (INMUJERES, 2014).

La neoplasia de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de todo el mundo y en México, desde 2006, se ha convertido en el primer causante de muerte por cáncer, así como en la segunda causa de mortandad entre las mujeres mexicanas de 30 a 54 años (INMUJERES, 2011).

El tiempo en que tarda el CaMa en duplicar su tamaño es muy variable, pero en general, el tamaño de los tumores se duplica cada 100 días. Por tanto, una célula maligna tarda unos 10 años en convertirse en una más clínicamente detectable de 1 cm, si bien en este mismo periodo un tumor de 1 cm ya ha experimentado 30 de las 40 duplicaciones de tamaño que, según los cálculos, se asocian a enfermedad mortal.

Es más, el tamaño medio que tiene el tumor cuando se detecta (antes de la mamografía) es de 2.5 cm, un tamaño que se asocia a una incidencia de afectación linfática del 50% (Carabias, 2011).

El CaMa en México ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa 11.34% de todos los casos de cáncer, hay un incremento global de aproximadamente 1.5% anual, sin embargo en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5%.

El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad (Secretaría de Salud, 2002).

Aunque el CaMa puede afectar a cualquier mujer, el riesgo de padecerlo aumenta con la edad y la mayor incidencia se concentra entre los 50 y los 65 años (Asociación española contra el cáncer, 2014).

La manifestación del cáncer de mama en el varón es similar a la de la mujer. La edad de presentación suele ser algo más tardío (unos 10 años). El tratamiento es

similar al cáncer de mama en la mujer, aunque el tratamiento quirúrgico preferible es la mastectomía (Asociación española contra el cáncer, 2014).

En México, durante 2009 en la Ciudad de México (64.74), Jalisco (55.40) y Aguascalientes (46.15) presentaron las mayores tasas de morbilidad hospitalaria por cada 100 mil habitantes (incluye tanto a hombres como mujeres) por CaMa, mientras que estados como Hidalgo (2.89), Tlaxcala (1.85) y Estado de México (1.75), tuvieron las tasas más bajas. Cerca de 2% de los casos de cáncer de mama ocurren en hombres (CEVEC, 2012).

En la siguiente figura se puede apreciar el porcentaje de egresos hospitalarios por CaMa, se muestra que cada 100 mil habitantes de los estados con altos porcentajes de egresos son: Ciudad de México, Jalisco, Aguascalientes, Tamaulipas y Nuevo León, son los estados con más casos de morbilidad registrados en el año 2009.

Tabla 1: Tasa de mortalidad hospitalaria por cáncer de mama según entidad federativa 2009 (SSA, 2010).

Por cada 100 mil habitantes	
Entidad Federativa	Tasa
Estados Unidos Americanos	19.23
Aguascalientes	46.15
Baja California	15.41
Baja California Sur	22.29
Campeche	5.40
Coahuila de Zaragoza	19.06
Colima	16.47
Chiapas	3.15
Chihuahua	19.67
Ciudad de México	64.74
Durango	15.42

Guanajuato	12.15
Guerrero	4.33
Hidalgo	2.89
Jalisco	55.40
México	1.75
Michoacán de Ocampo	9.28
Morelos	8.90
Nayarit	17.74
Nuevo León	24.64
Oaxaca	8.34
Puebla	12.65
Querétaro	13.25
Quintana Roo	6.32
San Luis Potosí	10.46
Sinaloa	21.49
Sonora	17.88
Tabasco	12.24
Tamaulipas	16.75
Tlaxcala	1.85
Veracruz Ignacio de la Llave	16.34
Yucatán	17.85
Zacatecas	8.62

Nota: la morbilidad hospitalaria corresponde al número de egresos hospitalarios por causa seleccionada.

Fuente: SSA (2010) Proyecciones de la Población de México 2005-2050.

Proceso. INEGI.

Por grupos de edad, se observa que el porcentaje de morbilidad hospitalaria de CaMa es más alta en las mujeres de 30 a 59 años (68.6%), comparada con la que presentan los hombres (45.9%), misma que se invierte entre la población masculina menor de 30 años, de 60 años y más, quienes presentan en cada grupo, los porcentaje más altos.

Siendo las mujeres de 45 a 49 años las más propensas a padecerlo (16%), seguidas de las mujeres de 50 a 54 (15.2 por ciento); mientras que los hombres de 60 a 64 años presentan más esta afección (14.1%), seguido los hombre de 55 a 59 (12.3 por ciento) (INMUJERES, 2014).

Datos de 2012, señalan que la tasa de mortalidad del CaMa es de 17.2 en mujeres de 25 años y más; en 2002, este indicador se ubicó en 14.9. En 2012, entre los principales tumores malignos por los que fallecen las mujeres de 20 años y más, se encuentra el CaMa (15.5%).

Por grupo de edad, la tasa de mortalidad se incrementa conforme la edad: de 14.5 muertes por cada 100 mil mujeres de 40 a 49 años pasa a 36.4 en las mujeres de 60 a 69 años y es de 50.8 para las de 70 años y más (INMUJERES, 2014).

En México, el Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica, menciona que en el año 2000 se registraron 3,726 nuevos casos y en el Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas, los nuevos casos diagnosticados en el año 2003 fueron 12,952. A nivel mundial, México ocupa lugares bajos de incidencia y mortalidad, al ocupar el 8º lugar en la escala baja de incidencia entre 30 países del continente americano y el 9º lugar en mortalidad de la escala baja entre 24 países latinoamericanos.

El riesgo de una mujer mexicana de desarrollar CaMa, durante su vida es de 2.9 % comparado con el 4.27 % para Latinoamérica y de 7.14 % para mujeres de países desarrollados (Beltran, 2010).

El CaMa es la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos en la población de 20 años y más (18.7 por ciento) para 2013 y en este año es la causa de mortalidad por neoplasias en las mujeres de 20 años y más. (INEGI, 2015).

Se calcula que la incidencia podría aumentar en 50% en el año 2020, con 15 millones de casos nuevos. En México es la segunda causa de muerte después del cáncer cervicouterino, como neoplasia maligna representa el segundo lugar en frecuencia (Secretaría de Salud, 2013).

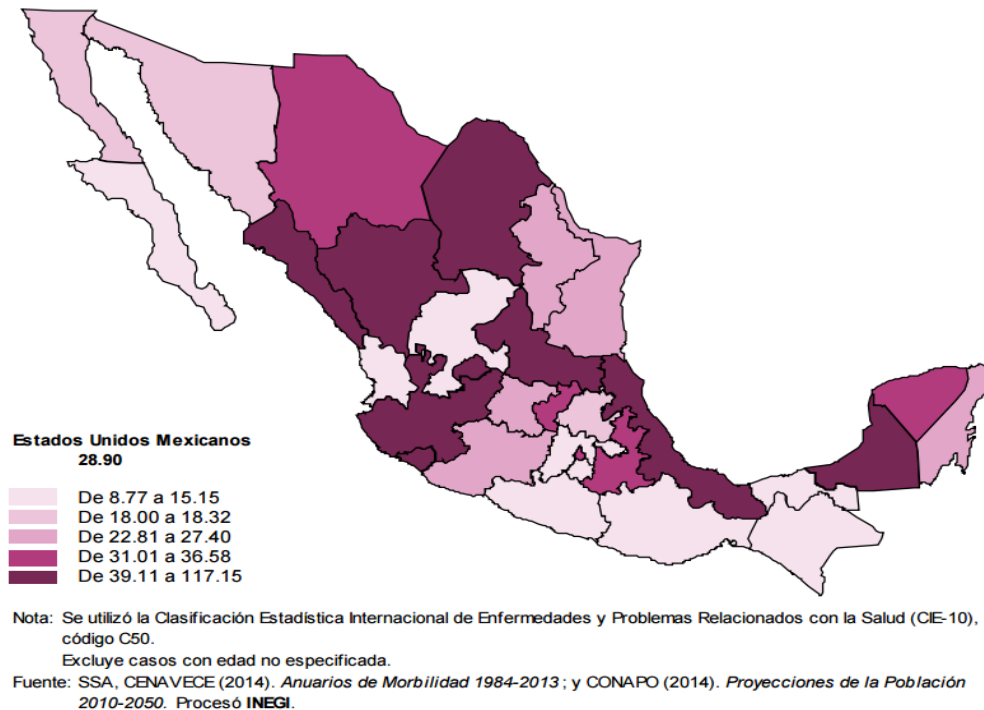
Se observa que en México, más del 90% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas, con tumores de más de 5 cm, y solo el 3.7% de las pacientes las lesiones se identifican en estadios tempranos. Este hecho hace más difícil establecer un buen pronóstico e incrementa las tasas de letalidad.

La edad promedio de la mujer mexicana para desarrollar este tipo de tumor es de 51 años, mientras que en otros países llega a 63 años, pero lo más grave es que 45.5% de los casos se presentan en menores de 50 años (mujeres en edad reproductiva). Otro dato importante es que el 75% y 80% de las mujeres con este diagnóstico, no tiene factores de riesgo hereditarios (Cuervo, 2013).

Por entidad federativa para 2013, en 14 entidades la incidencia de cáncer de mama en mujeres de 20 y más años es superior que la nacional (28.90). Campeche (117.15 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), Colima (94.24 de cada 100 mil), Aguascalientes (63.33 de cada 100 mil) y Veracruz (62.36 de cada 100 mil) son los estados con el mayor número de casos nuevos en 2014; en contraparte, Guerrero, Nayarit y México, con 8.77, 9.15 y 10.76 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más, respectivamente, son los de menor incidencia (INEGI, 2015).

En la figura 1 se puede apreciar la incidencia de tumor por entidad federativa. Ocupando en el 2013 la cuarta causa de mortalidad por tumores malignos.

Figura 1: Incidencia de tumor maligno de mama en mujeres de 20 años y más, por entidad federativa 2013. Por cada 100 mil mujeres de 20 años y más (Citado en INEGI, 2015).



En 2014 por cada caso nuevo de cáncer de mama en los varones se detectan 29 en las mujeres y este mismo año fue el que tuvo más incidencia de cáncer de mama en las mexicanas al registrar el 28.5 nuevos casos por cada 100 mil mujeres de 20 años o más, revelo el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2015).

Datos estadísticos estatales de cáncer de mama.

Del 2005 a la fecha, el Centro Oncológico Estatal (COEI) del Instituto de Seguridad Social del estado de México y Municipios (ISSEMyM) ha brindado atención a más 8 mil 100 mujeres con cáncer de seno, de las cuales más de 75 por ciento han ganado esta batalla.

Durante su primer año de creación, el COEI registraba 327 pacientes con este padecimiento. Sin embargo, con el paso de los años, la cifra se incrementó al 65 por ciento al registrar un aproximado de 500 nuevos casos en el 2013 (ISSEMyM, 2015).

A partir del año 2006 el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964 decesos atribuibles al CaMa, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Esto significa que en ese último año murieron por CaMa casi 14 mujeres cada día (CEVEC, 2012).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, 36.31% de las mujeres de 20 años o más acudió a exploración clínica de senos.

En el caso de la detección del CaMa, 15% de las mujeres de 40 a 49 años y 26% de las de 50 a 69 años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta (CEVEC, 2012).

José Luis Barrera Franco, Director del Centro Oncológico ISSEMyM, detalló que en este hospital cinco de cada seis pacientes con CaMa son derechohabientes del ISSEMyM y el resto, se encuentran afiliadas al Seguro Popular (ISSEMyM, 2015).

En el ISSEMyM durante el 2013 se detectaron alrededor de 500 nuevos casos y en lo que va de 2014 se han registrado 398, por lo que la Institución fortalece acciones para detectar, diagnosticar y tratar oportunamente la enfermedad; con el objetivo de disminuir la mortalidad y elevar la efectividad de la atención médica. Tomando en cuenta que el CaMa también se registra en varones. Actualmente en el Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM se atienden 23 casos (ISSEMyM, 2015).

De los casos de cáncer en el país, el Estado de México registra una incidencia de 11 a 12 por ciento y uno de los más comunes, durante los primeros siete meses de 2015, fue el de mama.

De dicha patología se presentaron 600 casos nuevos, señaló el director del Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), José Luis Barrera Franco (ISSEMyM, 2015).

En el Estado de México dos mujeres mueren al día por cáncer de mama, mientras que a nivel nacional se reporta que 17 pacientes fallecen diariamente por este tipo de neoplasias malignas, es decir, un deceso cada dos horas y media. Así lo dio a conocer la responsable del Programa Estatal de Cáncer de Mama del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Alejandrina Vázquez Arroyo, quien destacó que a nivel mundial, nacional y estatal, este problema de salud pública ocupa el primer lugar por muerte en mujeres de 50 a 69 años de edad (ISSEMyM, 2015).

Aun cuando el Estado de México está por debajo de la media nacional en la incidencia de CaMa, tiene cuatro de los diez municipios del país con mayor número de casos: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla y Naucalpan, advirtió Alejandrina Vázquez Arrollo, responsable del programa estatal de CaMa del ISEM (ISSEMyM, 2015).

Se estima que la incidencia y la mortalidad seguirán aumentando de manera importante debido al envejecimiento poblacional, a los cambios en los patrones reproductivos, a una mayor prevalencia de los factores de riesgo y a los problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado (CEVEC, 2012).

En tanto a nivel global el cáncer ocupa el primer lugar de causa de muerte, en México es la tercera causa, después de enfermedades asociadas a la diabetes y padecimientos cardiovasculares (INCan, 2015).

El Valle de México.- tiene un índice de mortalidad de 19 por ciento, municipios, como Ecatepec, Chimalhuacán, Nezahualcóyotl y Naucalpan, registran el mayor número de diagnósticos de CaMa en la entidad, afirmó en la Universidad Autónoma del Estado de México, la especialista en Oncología del Instituto de Salud mexiquense Migdania Martínez Madrigal (ISEM, 2014).

La mitad de las mujeres no está consciente de los factores de riesgo para padecer CaMa. Para el 2030 la mujer tendrá una probabilidad de vida de 80 años y es necesario que no lleguen enfermas (INCan, 2015).

La incidencia de cáncer de mama sigue en aumento en todo el mundo, situación que desafía a los sistemas de salud más estables de los países desarrollados (Aguilar, Neri, Padilla, Garcia & Sanchez, 2012).

Mortalidad:

Estrato social:

La mortalidad por CaMa, y también la incidencia de aparición, es mayor en los estratos económicos más elevados, definidos sobre la base de salario, educación o profesión (Agostino, Castañeda & Dilorio, 2002).

La morbilidad y la mortalidad por CaMa pueden reducirse si las mujeres tienen el conocimiento, la motivación y la destreza necesaria para aplicar medidas de detección precoz, como es el autoexamen de mama. El referido cuidado debe ser iniciado en la adolescencia mensualmente y durante el resto de la vida, preferiblemente una semana después de la menstruación (Carvalho, Oliveira, Ferreira, 2006).

Prevención secundaria:

Basada en el autoexamen mamario, los controles periódicos, la mamografía y la ecografía mamaria, son el pilar fundamental que conduce a la posibilidad cierta de modificar la morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer de mama (Agostino, Castañeda & Dilorio, 2002).

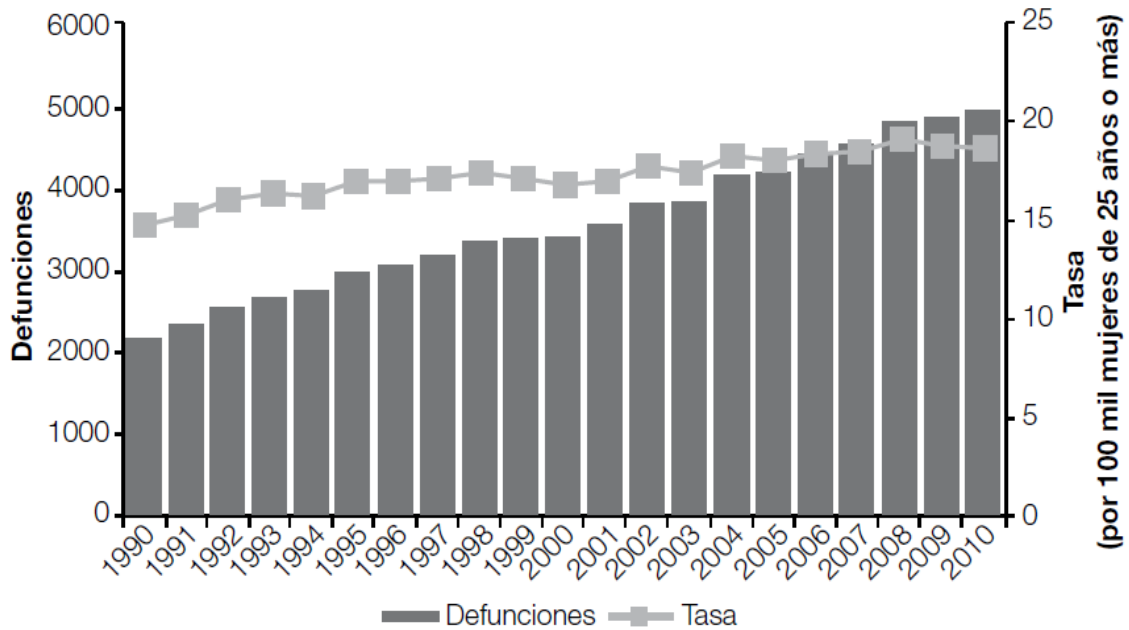
La Prevención Terciaria está enfocada a los sobrevivientes de cáncer e incluye la vigilancia y prevención de recurrencia del cáncer diagnosticado, detección precoz de segundas neoplasias y efectos a largo plazo de los tratamientos (Bravo, Peralta, Neira & Itriago, 2013).

El análisis de la mortalidad por área geográfica muestra diferencias notorias por entidad federativa, con las tasas más altas en los estados del centro y norte. Seis estados concentraron la mitad de las muertes por CaMa en 2010: Ciudad de México (13.4%), Estado de México (12.4%), Jalisco (8.2%), Veracruz (6.4%), Nuevo León (6%) y Guanajuato (3.8%).

En el periodo de 1990 a 2010, la tasa de mortalidad por CaMa aumentó en todos los estados, siendo los de mayor incremento Chihuahua, Coahuila y Guerrero, con aumentos de más de 200%; en contraste aquellos con menor elevación fueron: Aguascalientes, Durango y Baja California

La figura 2 nos muestra como el CaMa ha aumentado la tasa de mortalidad donde se puede apreciar que en el 2010 casi más de 5000 defunciones hubo por 10 mil habitantes en mujeres de 25 años o más (Citado en Secretaria de Salud, 2013).

Figura 2. Tasas estandarizadas con la población femenina mundial de 25 años o más.



Fuente: CENIDSP/INSP. Base de datos de defunciones generales 1990-2010

La OMS recomienda la educación dirigida a sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubre alguna anomalía, así como la exploración clínica ante la ausencia de servicios de tamizaje por mastografía, acompañada de programas de educación a la población y enfatiza que únicamente los programas de tamizaje organizados de mastografía, pueden reducir las tasas de mortalidad por esta neoplasia maligna.

Las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para el conocimiento de los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a disminuir la morbilidad por el cáncer de la mama, así como fomentar la demanda de la detección temprana.

Las actividades de detección del CaMa, consisten en tres tipos de intervención específica dirigidas a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad o vulnerabilidad:

1. Autoexploración, para el diagnóstico temprano
2. Examen clínico, para el diagnóstico temprano
3. Mastografía, para la identificación en fase preclínica (CEVEC, 2012).

2.4-Determinantes:

Las evidencias muestran que el control del CaMa depende en gran medida de factores sociodemográficos, culturales, económicos y de la organización de los servicios de salud; sin embargo, poco se conoce sobre el peso que tienen las diferentes variables en la detección de esta dolencia (Agudelo, 2011).

CaMa y los medios de comunicación.

Las mujeres consideran que existe poca información y educación sobre el CaMa, tanto en las instituciones de salud como en la televisión, y que es deber de estas entidades, hacer campañas preventivas con discursos más profundos, si se tienen en cuenta la magnitud y los efectos de este problema, aunque reconocen que los mensajes, especialmente los de televisión y la Internet, impactan y demandan una formación científica suficiente, que permita erradicar “estereotipos” e “ignorancia”.

Las instituciones de salud y la televisión realizan campañas para la prevención del cáncer, pero esta última involucra mujeres famosas para atraer la audiencia, con el interés de promover cosméticos u otros elementos para la belleza, estrategia que sólo logra motivar a las mujeres en la estética y conservación de la juventud, más no para la prevención y la educación en lo referente al CaMa (Giraldo & Arango, 2009).

CaMa y el autocuidado.

Para las mujeres las mamas cobran importancia en función de la vivencia de la maternidad ya que les permiten amamantar y es “privilegio sólo de la hembra”; algo “mágico” que da gran satisfacción, porque se reconoce su capacidad para aportar al crecimiento de los hijos. El sentido del autocuidado es fortalecer dicha capacidad (Giraldo & Arango, 2009).

CaMa y la percepción social.

Se le considera una enfermedad catastrófica que acarrea pérdidas importantes, con efecto emocional destructor como el miedo, la desestabilización del proyecto de vida. Creen que existe angustia por deficiente calidad de la atención en salud y sufrimiento para la familia. Así mismo, la ignorancia colectiva e histórica sobre la enfermedad la hace más temible y difícil de llevar.

El cáncer es la condición más dolorosa, menos entendida médicamente y menos evitable que la enfermedad cardiaca, diabetes o el SIDA (Giraldo, 2009).

Se dan reacciones muy marcadas frente al diagnóstico de CaMa, debido a la percepción que se tiene de la enfermedad ya que el cáncer es visto con una perspectiva negativa, asociada a algo cruel y destructivo, las personas que rodean a la mujer inician a su vez un proceso de duelo y pensamientos sobre el futuro y las consecuencias para su integridad, haciendo mayor énfasis a las consecuencias físicas y las limitaciones por las que va a tener que atravesar (Herrera & Rodríguez, 2009).

CaMa y la promoción preventiva.

La promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del CaMa, debe realizarse desde la infancia, favoreciendo la adopción de dietas ricas en

frutas y verduras y bajas en grasas animales. Del consumo total de energía sólo el 20% debe corresponder a grasas y menos del 10% debe ser de origen animal. Aumentar el consumo de fibra dietética (cereales integrales, frutas y verduras cocidas).

Se considera la realización de 30 a 60 minutos de actividad física todos los días de la semana, así como el consumo de ácido fólico (CEVEC, 2012).

El examen clínico debe ser practicado anualmente a partir de los 25 años de edad, por personal de salud capacitado en la exploración de las mamas y la mastografía de tamizaje se recomienda en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años (CEVEC, 2012)

CaMa y la prevención primaria.

La posibilidad de la prevención primaria, es ciertamente limitada y debe estar relacionada con profundos cambios sociales. Podemos prevenir la irradiación innecesaria del tórax o las mamas, se puede aconsejar el amamantamiento a las futuras madres, y también podemos recomendar la disminución de la ingesta de grasas (Agostino, Castañeda & Dilorio, 2002).

CaMa y el aspecto económico.

El tener CaMa y la sobrevida a esta enfermedad, implica que a la carga económica se le debe atribuir tanto costos directos como indirectos de la enfermedad, los costes atribuibles de médicos, el tratamiento y el seguimiento tanto del tumor inicial como del riesgo de reincidencia. Hace que se presente una reducción en el tiempo dedicado al trabajo (Herrera & Rodriguez, 2009).

CaMa y la religión.

Las mujeres tienen una visión del cuidado enmarcada en la moral y la ética católica, invocando el deber de cumplir normas de comportamiento frente al cuidado de su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad (Giraldo & Arango, 2009).

CaMa y creencias.

Las creencias de las personas sobre el cáncer son muy variadas; el cáncer es asociado con muerte, dolor y fetidez. Sabemos que la representación social del cáncer es organizada alrededor del sentido subjetivo de muerte, mutilación, vacíos, incapacidad, el fin de la vida social, entre otros.

La muerte existe en nuestra sociedad como un sentido, pero como un sentido distante, algo que tiene poco que hacer con nosotros. El cáncer hace la muerte presente, inmediata y real (Giraldo, 2009).

CaMa y la sexualidad.

El tener cáncer de mama y “cercenar” la mama, significa el principio de la extinción de la sexualidad y de la vida en pareja, algo que puede implicar una forma de ir muriendo. Se desestabiliza el proyecto de vida, lo que da lugar a un giro definitivo de las relaciones y del estilo de vida; cambios drásticos en el mundo laboral y social.

Se relaciona a los estilos de vida y a la alimentación como principales causas que producen efectos en el cuerpo que representan una venganza del cuerpo.

CaMa y condiciones sociodemográficas.

Determinadas condiciones sociodemográficas como no ser derechohabiente, ser de estratos socioeconómicos bajos, tener nula o baja escolaridad, pertenecer a zonas rurales, ponen en mayor desventaja a las mujeres para acceder o utilizar servicios de salud para la inspección de las mamas. Sin embargo, no se puede asegurar que solo estas mujeres son quienes encuentran barreras en la detección, ya que en lo concerniente al CaMa la situación se torna compleja en todas sus dimensiones y para todos los grupos (Agudelo, 2011).

CaMa y el diagnóstico.

Se tiene temor a ser juzgadas por no prevenir y, a su vez, a recibir diagnóstico confirmatorio de la enfermedad. Adicionalmente, imaginan los procedimientos como dolorosos (Giraldo, 2009).

CaMa y la aceptación.

La confirmación de un diagnóstico de cáncer supone un gran impacto emocional que genera reacciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza, rabia... siendo uno de los momentos de mayor tensión.

La persona tiene que enfrentarse a la certidumbre de la enfermedad y a la incertidumbre de su evolución. También a la vulnerabilidad “esto me está pasando a mí” y, sobre todo, a pensar en la muerte como algo más cercano y real (Fernández y Flores, 2011).

Surgen interrogantes: “¿por qué a mí?”, “¿qué he hecho?”, “¿por qué ahora?”, que no tienen una clara respuesta y a veces ninguna (Fernández y Flores, 2011).

CaMa y los prejuicios.

La ausencia de acciones preventivas y de diagnóstico temprano se complica por la existencia de numerosos prejuicios, entre los que se destacan el “pudor” de muchas mujeres quienes se ven impedidas a esconder o negar cualquier manifestación anormal que afecte su “intimidad” sexual.

Esto se refleja en el hecho de que, en la mayoría de casos de CaMa, el diagnóstico médico se efectuó mucho después de que las afectadas hayan identificado la presencia de un endurecimiento en el pecho.

Dicha tardanza no sólo tiene su origen en el temor a una confirmación de la existencia de un cáncer, sino también en la resistencia de numerosas mujeres a exponerse a la vergüenza de ir a “mostrarle los pechos” a un doctor, el cual es percibido en primera instancia antes que profesional como varón (Cordero, Jiménez y Sikora, 1983).

CaMa y el miedo.

Para algunas mujeres, el miedo del descubrimiento del nódulo, la vergüenza de ser tocada por profesionales o por ella misma, se convierte en el principal factor para la no realización de la Autoexamen de mama (Carvalho, Oliveira, Ferreira, 2006).

“El CaMa está ligado a una suma de riesgos y el estilo de vida representa un 30% en el desarrollo de este tipo de cáncer”, señaló Enrique Bargalló, jefe del Departamento de Tumores Mamarios del INCan (INCan, 2015).

CaMa y la belleza.

Para muchas es más importante el embellecimiento de las mamas que la preocupación por conservar la salud, como afirma Morelia “No soy muy preocupada por hacerme un chequeo médico... estoy más por el lado de lo estético que por el lado de la salud” (Giraldo & Arango, 2009).

CaMa y la familia.

La familia al igual que la mujer diagnosticada con CaMa y su consecuente tratamiento, puede llevarlos a sufrir cambios e irrumpir la dinámica normal, también puede afectar el bienestar, las relaciones y la estabilidad de la misma.

La familia pasa a ser cuidadora y según la literatura estos reportan problemas de comunicación con los profesionales de la salud, un elevado nivel de angustia emocional, y altos niveles de incertidumbre ya que ellos pasan a tener una substancial necesidad de información acerca de la situación de su ser querido, a vivir la experiencia como propia, y se ha demostrado que existe una influencia mutua entre el paciente y su familia en la adaptación tanto del uno como del otro a la situación (Herrera & Rodríguez, 2009).

2.5-Factores asociados:

Son aquellas características que de encontrarse presentes influyen en mayor o menor grado a la presentación de un CaMa; estos factores se encuentran relacionados tanto con el paciente propiamente dicho, así como en el medio externo que lo rodea y del micro-ambiente celular. La lista de factores cuya asociación con el aumento del riesgo de CaMa se ha señalado en uno u otro estudio, es casi infinita. Sin embargo el número de factores cuya importancia ha

sido demostrada en múltiples estudios epidemiológicos es más reducido (Beltrán, 2010).

Danaei (2005) y colaboradores han calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global de CaMa.

Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por CaMa registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso, la obesidad, y la falta de actividad física.

Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad.

En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%) (Danaei, 2005).

La diferente incidencia del CaMa en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia (Peto, 2001).

La creciente adopción de modos de vida occidentales en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de CaMa en esos países (Danaei. 2005).

El CaMa está asociado de manera directa o indirecta con los estrógenos.

Así entre más temprano comience la menstruación, más tardía sea la menopausia, más se prolongue la edad para tener al primer hijo, más joven se comience a tomar anticonceptivos e incluso tomar anticonceptivos antes de los 30 años y por

más de 10 años, el riesgo aumenta ya que la terapia de reemplazo no es para todas las mujeres (INCan, 2015).

2.6-Factores de riesgo.

El estudio de los factores de riesgo, indican la posibilidad de padecer la enfermedad y no implica necesariamente el padecimiento de la misma, pero teniendo en cuenta que aproximadamente un 25% de las mujeres padecerán de cáncer, y de éstas, un 25% serán tumores malignos de las mamas, debe ser necesario reconocer los factores, y enfatizar en el control estricto de las mujeres que se identifiquen con los mismos, de manera que ciertamente en caso de verse afectadas por la patología, esta será diagnosticada en períodos tempranos y hasta subclínicos, lo que conduce a intervenciones más conservadoras, pronósticos altamente favorables, muchas veces curación definitiva, con el menor costo de tratamiento, y el mayor beneficio desde el punto de vista estético y psicosocial de las pacientes (Agostino, Castañeda & Dilorio, 2002).

La causas que producen un CaMa todavía no están aclaradas, sin embargo sí se han identificado numerosos factores de riesgo asociados a la patología. La mayor parte de ellos se relaciona con los antecedentes reproductivos que modulan la exposición hormonal durante la vida.

La edad es el principal factor de riesgo para padecer un CaMa, el riesgo aumenta al aumentar la edad (Sociedad Española de Oncología Médica, 2015).

Algunos factores de riesgo, como la edad o raza de una persona, no se pueden cambiar. Otros factores de riesgo están relacionados con conductas personales tales como fumar, tomar alcohol y la alimentación. Y otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales.

Algunos factores tienen más influencia sobre el riesgo que otros, y el riesgo de cáncer de seno cambia con el transcurso del tiempo debido a factores como el envejecimiento o cambios en el estilo de vida (American Cancer Society, 2014).

El riesgo más importante para sufrir CaMa es ser mujer, la relación de cáncer de mama entre mujeres y hombres es aproximadamente de 100 a 1. La incidencia de CaMa se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada 10 años hasta la menopausia, etapa en que el ritmo de crecimiento disminuye (Brandan y Villaseñor, 2006).

Los factores de riesgo más estudiados han sido los hormonales, los genéticos y los ambientales, aunque también los hábitos tóxicos, el sobrepeso y la obesidad (Aguilar, Neri, Padilla, Pimentel & Sánchez, 2012).

Tipos de riesgo.

Riesgo Estándar

Incluye a las mujeres que no tienen antecedentes de CaMa en la familia o tienen alguno de los siguientes:

- Una familiar en primer grado (madre, padre, hermana, hermano, hija, hijo) que haya tenido CaMa después de los 50 años.
- Dos familiares de segundo grado con CaMa después de los 50 años, pero uno en cada rama de la familia. El riesgo estándar incluye alrededor del 95% de las mujeres. Para las mujeres de este grupo no se recomienda ningún seguimiento especial, salvo su participación en los programas de detección precoz entre los 50 y 69 años (Dirección General de Salud Pública, 2011).

Riesgo Moderado

Incluye a las mujeres que tienen uno de los siguientes antecedentes:

- Uno o dos familiares de primer grado diagnosticados de CaMa antes de los 50 años.
- Dos o más familiares de segundo grado, de la misma rama familiar, diagnosticados de CaMa u ovario.

Este grupo supone aproximadamente el 4% de las mujeres. Para las mujeres de este grupo de riesgo se recomienda vivamente la asistencia a los programas establecidos de detección precoz y valorar su situación con su médico de cabecera. No se aconseja, de forma general, el estudio genético (Dirección General de Salud Pública, 2011).

Riesgo Alto

Incluye a las mujeres cuya historia familiar sugiere un 33% de posibilidades de pertenecer a una familia con alteraciones genéticas. Son mujeres que tienen al menos unos de los siguientes antecedentes:

- Tres o más familiares de primero o segundo grado, de la misma rama familiar, con CaMa u ovario.
- Dos o más familiares de primero o segundo grado de la misma rama de la familia con CaMa u ovario, si además presentan alguna de las siguientes características:
 - Haber sido diagnosticadas antes de los 40 años.
 - Tener CaMa bilateral.

- Tener CaMa y ovario en la misma rama familiar.
- Que uno de los familiares sea un varón con CaMa.

Menos del 1% de mujeres entran en esta categoría. A las mujeres que pertenecen a este grupo de riesgo se les recomienda que sean estudiadas en las unidades de patología de mama y a algunas de ellas se les recomendará que realicen estudios genéticos (Dirección General de Salud Pública, 2011).

Antecedentes Médicos y Familiares: El riesgo de desarrollar un segundo carcinoma en una misma paciente, aumenta 6 veces su número de posibilidades que en el resto de la población (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El riesgo de cáncer de seno es mayor entre las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos padecieron esta enfermedad. El que un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padezca cáncer de seno casi duplica el riesgo de una mujer.

El riesgo aumenta aproximadamente tres veces, si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad. Aunque no se sabe el riesgo exacto, las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno en el padre o un hermano también tienen riesgo aumentado de padecer esta enfermedad.

En general, menos del 15% de las mujeres con cáncer de seno tiene un familiar con esta enfermedad. Esto significa que la mayoría (85 por ciento) de las mujeres que padecen cáncer de seno no tienen antecedentes familiares de esta enfermedad (American Cancer Society, 2014).

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

Este riesgo es aún mayor si el cáncer de seno fue diagnosticado a una edad más temprana (American Cancer Society, 2014).

Aunque el CaMa puede afectar a cualquier mujer, el riesgo de padecerlo aumenta con la edad y la mayor incidencia se concentra entre los 50 y los 65 años (Asociación española contra el cáncer, 2014).

Edad y sexo: La incidencia proporcional mujer / hombre, es 100 / 1 en todo el mundo. Se observa un aumento creciente de los índices de incidencia específica por edades, hasta la edad de la menopausia. La probabilidad de presentación, aumenta progresivamente desde los 30 años, y sigue un incremento formando dos picos de máxima incidencia: entre los 35 y 45 años y el segundo después de los 55 años (Agostino, Castañeda & Dilorio, 2002).

El consumo de alcohol: Algunos estudios sugieren que consumir alcohol en cantidad importante y de forma habitual puede favorecer la aparición de CaMa.

Por ello, es recomendable no beber o hacerlo con moderación (Asociación Española Contra el Cáncer, 2014).

La asociación entre el consumo de alcohol y el incremento del riesgo de padecer CaMa está demostrada, probablemente por el aumento de los niveles de estradiol (Carabias, 2011).

El consumo de bebidas alcohólicas: Está claramente asociado a un aumento en el riesgo de padecer cáncer de seno. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo (American Cancer Society, 2014).

El consumo de tabaco: Favorece la aparición de muchos tumores malignos, aunque no hay suficiente evidencia de esta relación con el CaMa (OMS, 2015).

Envejecimiento: Su riesgo de padecer cáncer de seno se incrementa conforme aumenta la edad. Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más (American Cancer Society, 2014).

Factores hormonales como: La menarquia precoz (primera regla) a edad temprana, la menopausia tardía, la ausencia de embarazo o tener el primer embarazo a una edad avanzada (después de los 30 años) son también factores de riesgo bien conocidos (OMS, 2015).

Factores menstruales y reproductores: El riesgo está aumentado en los casos de menarca temprana y la instalación de una menopausia tardía (OMS, 2015).

Historia ginecológica: Las tres fechas de la vida de la mujer ejercen un impacto importante sobre la incidencia de CaMa la cuales son: la edad de la menarquia, la edad del primer embarazo a término y la edad de la menopausia. Estos tres factores pueden ser responsables de 70 a 80 % de la variabilidad de frecuencia del CaMa (Carabias, 2011).

Las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen en general un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno (American Cancer Society, 2014).

La dieta hipercalórico: Rica en grasas animales y pobre en fibras, la obesidad postmenopáusica, así como el sedentarismo, parecen aumentar el riesgo de padecer CaMa (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Mamas densas: Tener tejido de la mama que es denso en un mamografía es un factor de riesgo del CaMa. El grado de riesgo depende de la densidad del tejido mamario. Las mujeres con mamas muy densas tienen un riesgo más alto de cáncer que las mujeres con mamas menos densas (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Peso Corporal y Dieta: El riesgo es directamente proporcional al peso corporal relativo y se asocia con una probabilidad mayor de incidencia de 1.5 a 2 veces (Agostino, Castañeda & Dilorio, 2002).

Radiaciones: La exposición a las radiaciones ionizantes ha sido claramente establecida como uno de los factores de riesgo para el CaMa (Carabias, 2011).

Raza y origen étnico: En general, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor probabilidad de morir de este cáncer.

Sin embargo, en las mujeres menores de 45 años de edad, el cáncer de seno es más común en las mujeres de raza negra.

Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de padecer y morir de cáncer de seno (American Cancer Society, 2014).

Sobrepeso y obesidad: El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de todas las causas de morbi-mortalidad y sobre todo de mortalidad por cáncer (Aguilar, Neri, Padilla, García & Sánchez, 2012).

Tener hijos: Hay bajo riesgo si la gestación del primer hijo es antes de los 20 años; sin embargo, si se tiene luego de los 35 años, es peor que si hubiese sido nulípara (Angarita & Acuña, 2008).

Tratamiento hormonal sustitutivo: La administración de tratamiento hormonal sustitutivo de larga duración que combina estrógenos y progestágenos (hormonas sexuales femeninas) para tratar los síntomas de la menopausia está en la actualidad desaconsejada. Varios estudios han demostrado un aumento del riesgo de CaMa, estimado en 3 casos adicionales al año por cada 1.000 mujeres (INCan, 2015).

Tamaño tumoral. Es uno de los principales factores y está relacionado con el riesgo de recidiva, metástasis axilares, a distancia y supervivencia. La relación entre el tamaño y el pronóstico es prácticamente lineal, a mayor tamaño peor pronóstico y viceversa. La incidencia de metástasis ganglionares en tumores de menos de 1 cm es del 5-25% y en los mayores de 5cm del 75-80% (Carabias, 2011).

Agostino, Castañeda & Dilorio. (2002). Describen la tabla en donde se puede apreciar los factores de riesgo así como su magnitud de riesgo para su mejor comprensión de los factores de riesgo.

Tabla 2: Factores de riesgo para cáncer de mama.

Factor	Alto riesgo	Bajo riesgo	Magnitud de riesgo
Edad	>45	<45 años	XXX
Paridad	Nulípara	Multípara	X
1ª embarazo	>30 años	<30 años	XX
Constitución	Obesa	Delgada	XX
Menarca	Temprana	Tardía	X
Menopausia	Tardía	temprana	X
Ant. Familiares	Si	<	XXX
CaMa			
Ant. CaMa	Si	<	XXX
Ca. Ovario			
endometrio	SI	<	XX

Radiaciones en
tórax SI < XX

Fuente: Agostino, Castañeda & Dilorio. (2002).

2.7-Factores protectores:

Administración de anticonceptivos orales controlados por el especialista: No supone un aumento del riesgo de padecer CaMa sino que puede ser incluso un factor protector. Sin embargo, no se conoce si puede existir un efecto perjudicial cuando los anticonceptivos se toman durante mucho tiempo, más de 8 años (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Afectación ganglionar axilar. La afectación ganglionar axilar sigue siendo el factor pronóstico independientemente más importante en el CaMa. Cerca del 70% de las enfermas con ganglios positivos recidiva a los 10 años, mientras que solo recidiva el 30% de las enfermas con ganglios negativos. Es necesario tener en cuenta tres factores; el tipo de afectación ganglionar, el número de ganglios afectados y su localización (Carabias, 2011).

Embarazo temprano: Las concentraciones de estrógeno son más bajas en el embarazo. Las mujeres con un embarazo a término antes de los 20 años tienen un riesgo más bajo de CaMa que quienes no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 35 años (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Factores pronósticos:

Hacer suficiente ejercicio: Las mujeres que hacen ejercicio por cuatro horas o más a la semana tienen un riesgo más bajo de padecer CaMa. El efecto del ejercicio en el riesgo de CaMa puede ser mayor en las mujeres pre menopáusicas con peso corporal normal o bajo (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

La actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de cáncer de seno. La pregunta principal es determinar cuánto ejercicio es necesario.

En un estudio de la *Women's Health Initiative*, caminar a paso ligero tan poco como 1¼ a 2½ horas por semana redujo a 18% el riesgo de una mujer. Con diez horas de caminata a la semana se redujo el riesgo aún un poco más.

Para reducir su riesgo de cáncer de seno, la Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que los adultos hagan al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos de intensidad vigorosa por semana (o una combinación de ambas), preferiblemente repartidos a través de la semana (American Cancer Society, 2014).

Lactancia: Las concentraciones de estrógeno permanecen más bajas mientras la mujer amamanta.

La lactancia materna que se practica por tiempo superior a seis meses, no sólo proporciona a los niños numerosos beneficios para su salud, sino que también puede proteger a la madre de enfermedades graves, como lo es el CaMa (Aguilar, Neri, Padilla García & Sánchez, 2012).

La lactancia podría disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de seno, especialmente si se prolonga por 1½ a 2 años. La explicación para este posible efecto puede ser que la lactancia reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer (lo mismo que comenzar los periodos menstruales a una edad mayor o experimentar la menopausia temprano) (American Cancer Society, 2014).

Las mujeres que amamantan tienen un riesgo más bajo de cáncer de mama que quienes tuvieron hijos, pero no los amamantaron (OMS, 2015).

Menor exposición del tejido de la mama al estrógeno que produce el cuerpo.

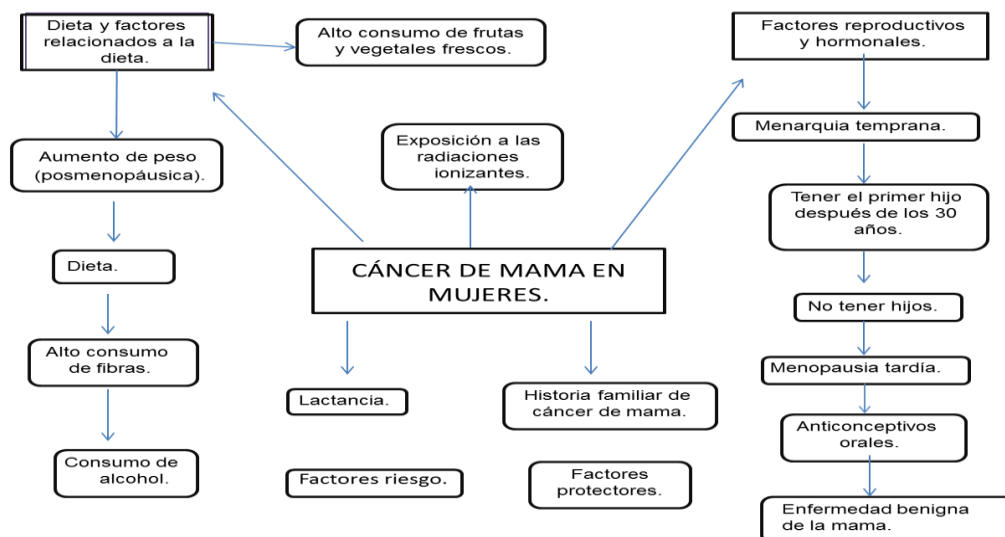
La disminución del tiempo en que el tejido de la mama de la mujer se expone al estrógeno puede ayudar a prevenir el CaMa (Instituto Nacional del Cáncer, 2010).

2.8-Modelo:

Como parte del intento de frenar esta tendencia, la OMS está tratando de reducir el consumo de tabaco y mejorar el régimen alimentario, la nutrición y la actividad física. El consumo de tabaco sigue siendo el principal factor evitable de riesgo de cáncer.

La Dra. Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud afirma que los campos en donde se puede contribuir efectivamente a frenar el aumento de la incidencia de CaMa y a prevenir un tercio de los casos se muestran en la Figura 3 (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Figura. 3 Factores asociados con el aumento o disminución del riesgo de desarrollar cáncer de mama.



Fuente: Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, 2003.

En el modelo se muestran los factores de riesgo para CaMa en mujeres y estos son:

Antecedentes Médicos y Familiares: El riesgo de desarrollar un segundo carcinoma en una misma paciente, aumenta 6 veces su número de posibilidades que en el resto de la población (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El consumo de alcohol: Algunos estudios sugieren que consumir alcohol en cantidad importante y de forma habitual puede favorecer la aparición de CaMa.

Por ello, es recomendable no beber o hacerlo con moderación (Asociación Española Contra el Cáncer, 2014).

El consumo de bebidas alcohólicas: El alcohol está claramente asociado a un aumento en el riesgo de padecer cáncer de seno. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo (American Cancer Society, 2014).

Envejecimiento: Su riesgo de padecer cáncer de seno se incrementa conforme aumenta la edad. Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más (American Cancer Society, 2014).

Factores hormonales como la menarquia precoz: (primera regla) a edad temprana, la menopausia tardía y la ausencia de embarazo o tener el primer embarazo a una edad avanzada (después de los 30 años) son también factores de riesgo bien conocidos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Factores menstruales y reproductores: El riesgo aumenta en los casos de menarca temprana y la instalación de una menopausia tardía (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La dieta hipercalórico: Rica en grasas animales y pobre en fibras, la obesidad post menopáusica, así como el sedentarismo, parecen aumentar el riesgo de padecer CaMa (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Mamas densas: Tener tejido de la mama que es denso en un mamografía es un factor de riesgo del CaMa. El grado de riesgo depende de la densidad del tejido mamario. Las mujeres con mamas muy densas tienen un riesgo más alto de cáncer que las mujeres con mamas menos densas (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Nuliparidad: No tener hijos. (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Peso Corporal y Dieta: El riesgo es directamente proporcional al peso corporal relativo y se asocia con una probabilidad mayor de incidencia de 1.5 a 2 veces (Agostino, Castañeda, Di, 2002).

Raza y origen étnico: En general, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor probabilidad de morir de este cáncer. Sin embargo, en las mujeres menores de 45 años de edad, el cáncer de seno es más común en las mujeres de raza negra.

Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de padecer y morir de cáncer de seno (American Cancer Society, 2014).

Tratamiento hormonal sustitutivo: La administración de tratamiento hormonal sustitutivo de larga duración que combina estrógenos y progestágenos (hormonas

sexuales femeninas) para tratar los síntomas de la menopausia está en la actualidad desaconsejada. Varios estudios han demostrado un aumento del riesgo de CaMa, estimado en 3 casos adicionales al año por cada 1.000 mujeres (INCan, 2015).

Al igual que hay factores de riesgo, también hay factores protectores como: Administración de anticonceptivos orales controlados por el especialista.

Embarazo temprano: Las concentraciones de estrógeno son más bajas en el embarazo. Las mujeres con un embarazo a término antes de los 20 años tienen un riesgo más bajo de padecer CaMa que quienes no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 35 años (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).

Lactancia: Las concentraciones de estrógeno permanecen más bajas mientras la mujer amamanta. Las mujeres que amamantan tienen un riesgo más bajo de CaMa que quienes tuvieron hijos, pero no los amamantaron (Aguilar, Neri, Padilla García & Sánchez, 2012).

2.9 -Intervenciones Preventivas:

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos (Redalyc, Taylor Francis on Line, Scielo, Wiley online library y Springer- link), con las palabras claves (intervención y prevención cáncer de mama).

Se encontraron (549 artículos) de los cuales 35 se eliminaron por estar duplicados.

Adicionalmente 504 se eliminaron por no corresponder (no eran intervenciones, el grupo etario no corresponde al nuestro, son protocolos,) quedando un total de 10 artículos por el momento los cuales se describen a continuación.

Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mama

Hernández, González, Heredia,...& Aguilar (2011). Médicos cubanos realizaron una intervención educativa, el objetivo es: incrementar el nivel de conocimientos sobre la detección precoz del CaMa. Realizaron un estudio de intervención educativa en mujeres, en la provincia de Camagüey en el año 2009, con un universo de 352 pacientes femeninas, se seleccionó a 54 pacientes según muestreo probabilístico al simple azar.

El programa de intervención consto de 6 secciones con una duración de una hora cada una y las temáticas son: Introducción al programa Educativo (técnica: presentación cruzada); Introducción sobre el CaMa (técnica: La mecha y la bomba); Características clínicas del CaMa (técnica: Juego de película); Factores de riesgo e identificar los más frecuentes utilizando las siguientes técnicas: El amigo secreto; auto examen de mama; relato de fabulas y las conclusiones (técnica: rifa afectiva).

Al término de la evaluación los resultados arrojaron que por medio de la ejecución del programa se modificaron los criterios sobre el conocimiento, la definición de CaMa, características clínicas, factores de riesgo y la técnica de auto exploración.

Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo

García y Rincón (2011). Realizaron una investigación para evaluar un programa grupal para la prevención de sintomatología postraumática y otras variables asociadas al CaMa.

Seleccionaron a 32 mujeres al azar de los hospitales: Hospital Higueras de Talcahuano y Hospital regional de Concepción, 14 de ellas fueron asignadas al grupo experimental y 18 al grupo control.

Utilizaron un diseño cuasi experimental de grupos no equivalentes, con medidas repetidas en que sólo en el grupo experimental hubo evaluaciones de seguimiento.

La variable independiente fue la intervención psicológica.

Las variables dependientes fueron la sintomatología postraumática y sintomatología concomitante: depresiva, somática y autoestima. Como instrumento se basaron en un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia a fin de obtener información que permitiera caracterizar la muestra, seleccionar a las participantes y favorecer el análisis de datos.

El programa se enfocó en: expresar sentimientos y pensamientos relacionados con el diagnóstico, revalorizar la experiencia del cáncer, construir nuevos significados respecto a la misma, transmitir los nuevos significados a las respectivas redes de apoyo social y, finalmente, realizar un ritual para promover la integración de la experiencia.

La duración del mismo fue de 4 sesiones de dos horas cada una, con una periodicidad de 2 sesiones semanales. Llevaron a cabo evaluación pos test, tanto al grupo experimental como al grupo control.

Tres meses después de terminada la intervención se realizó el seguimiento sólo al grupo experimental. En cuanto a los resultados del programa, su efecto más importante fue en sintomatología postraumática, principal objetivo de la investigación, donde se observaron diferencias significativas entre grupo experimental, el grupo control en el pos test y en el seguimiento.

Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial.

Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007). Llevaron a cabo un programa de intervención psicosocial que incide sobre la mejora de la imagen corporal y la autoestima, comparando dos grupos de intervención y control en cada uno de los momentos pre tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

El programa lleva por nombre “Programa de Intervención Psicosocial para Mujeres con Cáncer de Mama”. El objetivo general del programa es la mejora de la calidad de vida y favorecer una buena adaptación a la enfermedad, desde una perspectiva multidimensional.

Este estaba compuesto por 14 sesiones, dos horas de duración cada una, las sesiones tienen una periodicidad semanal.

El contenido del programa está dividido en cinco bloques los cuales son: Preparación para la quimioterapia (1 sesión), Educación para la Salud (5 sesiones parciales), Imagen corporal (5 sesiones parciales), Manejo de Estrés y Habilidades de Afrontamiento Personal (5 sesiones parciales), Habilidades de Comunicación y Establecimiento de Metas (3 sesiones parciales).

La muestra estaba compuesta por 188 mujeres con edades de los 17 a 65 años. De las cuales 107 formaron el grupo control.

Mientras que en el seguimiento 13 mujeres (8 del grupo control y 5 del grupo de intervención) abandonaron, por lo que finalmente contamos con 175 participantes.

Las razones del abandono fueron variadas como por ejemplo, el cambio del centro médico que las atendía, la pérdida de contacto por cambio de citas, la no conveniencia del horario, su desmotivación, etc.

Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama; una intervención psicológica.

Cerezo, Ortiz y Cardenal (2009). Utilizaron como instrumento una entrevista estructurada para conocer los datos sociodemográficos y la historia clínica de las participantes como base para la implementación de la intervención psicológica. La muestra fue de dos grupos, cada grupo estaba integrado por 20 participantes.

La intervención grupal se realizó durante 12 sesiones semanales de una hora y media cada una. Utilizando técnicas psicológicas: técnicas cognitivas, haciéndoles ver la relación entre pensamiento, sentimiento y comportamiento: intervenciones comportamentales, trabajando habilidades, búsqueda de reforzadores y aumento de situaciones agradables; técnicas de la Gestalt, que ayudan a la toma de conciencia, autoconocimiento y a la expresión de emociones; enfoques interpersonales y sistemáticos, que consideran sus relaciones con las personas más próximas; terapia de grupo, utilizada para fomentar el apoyo social, ayudarle autoafirmación y a salir sí misma para ayudar a otras.

Al terminar el periodo de intervención psicológica, se les volvió a administrar los cuestionarios a los dos grupos, el experimental y el control.

Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama.

El psicólogo Gonzalo Rojas (2006). Llevo a cabo intervenciones psicológicas en pacientes con CaMa en el Instituto Oncológico, clínica las Condes.

Las intervenciones estaban dirigidas al paciente y la familia donde se trataban las siguientes fases: fase de diagnóstico, tratamiento, intervalo libre de enfermedad, supervivencia, recidiva y final de la vida.

Cada una de estas bases tenía sus objetivos los cuales eran los siguientes:

I-Fase de Diagnóstico Objetivo: Facilitar que la paciente y su familia adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos-psiquiátricos.

II-Fase de Tratamiento Objetivo: Controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos (angustia, fobia, ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios, etc.) asociados a los tratamientos médicos; orientando también a la paciente y a su familia directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario.

III-Fase Libre de Enfermedad. Lo primero que se debe indicar es que una de las principales fuentes de estrés para una paciente que ha cursado o cursa un CaMa son los controles médicos.

Cada uno de ellos es experimentado como una potencial situación de recaída, generándose un gran nivel de angustia en cada uno de ellos.

El objetivo era: Ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de las pacientes a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros.

También proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana.

IV-Fase de Supervivencia. Cada vez toma más relevancia, ya que muchas dificultades relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad de la paciente pueden continuar causando dificultades psicológicas y sociales.

V-Fase de Recidiva. El impacto puede ser más intenso que en el momento del diagnóstico inicial. Estados de ansiedad, angustia extrema y depresión son muy comunes.

VI-Fase final de la vida. Pueden aparecer reacciones emocionales muy intensas tanto en el enfermo como en su familia.

No nos especifica cual fue el grupo de control, ni la duración de la intervención.

Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama.

La Psicóloga: Bravo G (2010) egresada de la UNAM lleva a cabo una intervención en crisis realizada en el caso de M. de 42 años, posterior a la comunicación de diagnóstico de CaMa. En donde el primer paso fue una historia de vida.

La intervención se realizó en una sesión de 120 minutos, de acuerdo con una adaptación del modelo propuesto por Puryear (1981, en Rubín y Bloch, 2001), que incluye seis etapas: 1. Intervención inmediata. 2. Evaluación de la situación y formulación de un plan de acción 3. Infundir esperanza en la situación y reforzar la autoimagen 4. Enfocar hacia la solución de problemas inmediatos 5. Reforzar la autoimagen 6. Realización del cierre y eventual canalización.

Después de la intervención M dejó de sentir la sensación de taquicardia, identificó prioridades para solicitar información a su médico tratante, reconoció que posiblemente su vida cambiaría a partir de su diagnóstico, logró diferenciar lo que era importante en ese momento (como iniciar los trámites necesarios, comunicarse con sus familiares y solicitar más información para evitar divagar en anticipaciones sin sentido), identificar a las personas a quienes les comunicaría su diagnóstico y la manera en la que podrían apoyarla.

Logró aceptar que puede tener control sobre las decisiones relacionadas con su salud, se observó una disminución considerable de las respuestas fisiológicas y motoras iniciales, además de un cambio en las verbalizaciones referidas a la enfermedad y posibilidades de tratamiento.

Pese a estos cambios, se consideró pertinente que la Sra. M se incorporará a un programa de intervención psicológica para la crisis, la cual tiene como metas: resolver la crisis, integrar el incidente a la trama de la vida y establecer la disposición para encarar el futuro.

La intervención de enfermería con el paciente oncológico.

Martínez (2012). Llevo a cabo en Puerto Rico la intervención de enfermería con el paciente oncológico el cual propone que a través de la lectura y comprensión del contenido los lectores podrán: Definir la palabra cáncer; enumerar los tipos de cáncer; conocer los cuidados que demanda el paciente oncológico; identificar la psico oncología en el paciente; reconocer el cáncer en el paciente pediátrico y anciano; conocer las intervenciones de enfermería en pacientes con diferentes cánceres y en el paciente paliativo.

En donde nos manifiesta el papel que deben de tener los enfermeros ante un paciente con cáncer.

Donde se toma en cuenta la forma de curación de la herida, la comunicación con el paciente y familiares, la administración de su tratamiento, orientación sobre efectos secundarios, animar a la paciente y familiar a expresar sus preocupaciones y temores con respecto a la mastectomía.

Decirle que sus temores y preocupaciones son normales, muchas de las veces esperados, permanecer a su lado el mayor tiempo posible, demostrándole empatía e interés.

La intervención está presente desde que el paciente lo necesita hasta que el paciente es capaz de tener un autocuidado, apoyado siempre de su familia.

Se logró con esta intervención ayudar al paciente a morir con dignidad, respeto y que no sea tratado con lástima ni vergüenza, en este proceso estuvo incluida la familia y personal de salud.

Intervenciones con actividad física supervisada en el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer: una revisión sistemática.

Meneses, González, Correa y Ramírez (2014). Llevaron a cabo la intervención en pacientes con cáncer, el objetivo de esta intervención fue: Determinar la efectividad de las intervenciones de actividad física supervisada en el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer (FRC).

Usando la siguiente metodología: Pacientes adultos diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, sin restricción a una etapa particular de diagnóstico o tratamiento. Intervenciones de actividad física (entrenamiento aeróbico y de resistencia) supervisadas por profesionales de la salud.

La fatiga relacionada con el cáncer fue analizada como medida de resultado primario, mientras que las medidas secundarias fueron la depresión, la comparación entre intervenciones supervisadas y no supervisadas, el bienestar físico y funcional.

Dentro de los participantes se incluyeron pacientes adultos (>20 años de edad) diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, sin restricción a una etapa particular de diagnóstico o tratamiento. Los participantes pueden haber recibido tratamiento activo sin restricción según enfoque terapéutico (es decir, la quimioterapia, la radioterapia o suplemento hormonal).

La intervención experimental fue actividad física supervisada. Para efectos de comparación, la intervención de control fue la atención o cuidado convencional. Se

incluyeron intervenciones de actividad física, como entrenamiento aeróbico, de resistencia y/o estiramiento muscular.

Todas las intervenciones deberían ser supervisadas por profesionales de la salud; por tanto, las intervenciones de actividad física en el hogar, con sistemas de monitoreo telefónico y los enfoques terapéuticos cognitivos-conductuales fueron excluidos.

La conclusión fue la siguiente: Las intervenciones con actividad física supervisada proporcionan una disminución global de FRC. Estos hallazgos sugieren que el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de resistencia deben ser incluidos en los programas de rehabilitación oncológica. En estas intervenciones se logró que las personas que sufren CaMa y que asistieron a la intervención mejoraran los niveles sanguíneos de citoquinas pro- inflamatorias las cuales se encontraban íntimamente relacionadas con medidas de resultado tales como la depresión, la fatiga y la calidad de vida.

Percepción de los pacientes con cáncer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo.

Los psicoterapias Herrero, Rodríguez, Botella...& Pacheco (2010). Llevaron a cabo intervenciones sobre la percepción de los pacientes con CaMa donde el objetivo es analizar y describir: aspectos significativos o de ayuda y aspectos no significativos o de no ayuda en grupos de psicoterapia realizados con mujeres con CaMa, enfocados desde una epistemología constructivista relacional.

Método: La muestra está compuesta por 50 mujeres con CaMa (edad media: 45 años; DS = 8'7) que participaron en uno de los cuatro grupos de psicoterapia analizados y que describimos a continuación.

Una de las psicoterapeutas fue la misma en todos los grupos mientras que el/la psicoterapeuta fue una persona diferente en cada grupo.

El trabajo de grupo se realizaba en 10 sesiones, una vez a la semana, durante 2 horas con un promedio de 10 pacientes por grupo.

Algunos de los temas que resultaron de más interés general entendidas sus implicaciones para la vida cotidiana y las relaciones con los demás: vinculación, asertividad, dolor, confianza, control, poder, identidad, personas que me influyen, aprobación, autoestima, imagen corporal, rabia, ansiedad y estrés, miedo, conflicto y relaciones de intimidad y pareja.

Tras algunas de las sesiones de grupo, se solicitaba a las participantes escribir sobre los acontecimientos de ayuda y de no ayuda al finalizar la sesión.

Como resultado se obtuvo que las participantes identificaran como elemento terapéutico al propio grupo (como un todo), y no a la suma de las personas que lo forman.

Los aspectos positivos en estos grupos psicoterapéuticos no tienen que ver con la identificación de características positivas de las pacientes que participan en ellos, sino con el grupo en sí mismo (incluyendo tanto a clientes como a psicoterapeutas).

Cuando se refiere a los acontecimientos de ayuda existe la sensación de que las personas se ven a sí mismas como “constituyentes de un proceso que eclipsa a cualquier individuo del mismo pero que es, a su vez, constituido por sus elementos individuales”.

Musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la Quimioterapia.

La doctora Serra (2010). Realizó la intervención de musicoterapia en pacientes con CaMa, el objetivo de la intervención fue: Evaluar la eficacia de una intervención basada en musicoterapia sobre la calidad de vida y la sintomatología

de ansiedad y depresión de las pacientes oncológicas durante la sesión de quimioterapia, en comparación con un grupo de pacientes control, que solo reciben el tratamiento de quimioterapia estándar.

Método: Estudio prospectivo, teniendo como variable independiente la música.

Estudio de una serie de casos, con dos cohortes de pacientes, grupo control y experimental, sin aleatorización, con un diseño simple de pre-post test y otro de evaluación en el momento basal y en el 4º ciclo de quimioterapia.

La designación a un grupo u otro se hizo de manera consecutiva, por cuestiones de contaminación y evitación de sesgo. Primero se llevó a cabo el grupo experimental y después, el control.

Las pacientes eran mujeres diagnosticadas con CaMa y tratadas en el HULP (Hospital Universitario la Paz), tenían que haber sido diagnosticadas recientemente, tener una previsión de tratamiento de quimioterapia adyuvante y que fueran derivadas por los médicos oncólogos de la unidad.

El estudio se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre abril de 2008 y junio de 2010 (27 meses) y participaron 165 sujetos (96 invitados, 69 completos).

En el grupo experimental, las sesiones tenían lugar siempre los lunes. En el grupo control, la recogida de datos se amplió a toda la semana, de lunes a viernes.

El equipo de musicoterapia continuó recogiendo datos los lunes y colaboró organizando y recogiendo de manera puntual los de otros días, llevado a cabo sobre todo por enfermería. La duración de la sesión varía. Puede ser una intervención corta, de minutos, a una más larga, de alrededor de una hora.

Aunque la duración aproximada de cada sesión se ha estimado en 45 minutos. El formato de las sesiones puede ser individual (más usado para personas con discapacidad y adultos) o grupal (para trabajar habilidades sociales).

La duración depende de la tolerancia y la capacidad de implicación del paciente en la actividad musical, desde 5 a 30 minutos, algo más con adultos. Como resultados se obtuvieron los siguientes: las personas muestran una actitud positiva, con disposición para salir adelante. En el grupo experimental además, la persona acepta el reto de la experiencia musical.

CAPÍTULO 3: Método:

3.1-Participantes.

La muestra incluyo (98 alumnos que oscilan entre M=15-20 años), aproximadamente 47 hombres y 51 mujeres, de la Preparatoria Oficial del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Se seleccionaron 2 grupos (A y B). El A fue el grupo Control (n=47) y el B (n=51) al cual se le implemento el programa PREVISA y ver el impacto que tiene el “Diseño y evaluación de un programa de conocimientos sobre el cáncer de mama en los adolescentes.”

3.2-Instrumento.

Encuesta de conocimiento sobre el cáncer de mama, autoexamen de mama y actitudes ante el autoexamen de mama (Jara, Peña, Zagaceta. 2011).

Consta de 114 preguntas las cuales se dividen en 4 apartados los cuales son: Datos personales (edad, género, ocupación y estado civil), Conocimiento sobre el cáncer de mama (con 33 preguntas divididas en cinco apartados), Conocimientos sobre el autoexamen de mama (con 56 preguntas divididas en 7 apartados) y Actitudes ante el autoexamen de mama (con un total de 25 preguntas en 1 solo apartado). La escala del instrumento es mixta (dicotómica y Likert).

La forma de calificarlo fue la siguiente:

En el primer apartado “conocimiento de cáncer de mama” el mayor puntaje a obtener será de 66 y el menor puntaje es de 0 (SI=2, NO=1, NO SE=0).

En segundo apartado “conocimiento sobre el autoexamen de mama” el mayor puntaje a obtener será de 102, y el menor puntaje es de 0 (SI=2, NO=1, NO SE=0).

El apartado de “aptitudes ante el autoexamen de mama” el valor mayor será de 100 y el menor será de 0 (TA=4, A=3, I=2, DS=1 Y TDS=0).

3.3-Intervención:

Se realizó una intervención, la cual consto de 10 sesiones, dos sesiones cada semana durante los meses de febrero- abril. El objetivo de la intervención fue educar a los adolescentes sobre la prevención de CaMa por medio de la autoexploración, considerando relaciones afectivas, cambios biopsicosociales, autoestima y autocuidado con la finalidad de fomentar la cultura de la prevención y así disminuir los casos de incidencia sobre CaMa.

El programa que se implemento fue (PREVISA) Prevención, Vida y Salud ante el CaMa”

La jerarquía de las temáticas dependió del análisis, de los resultados que arrojó la Encuesta de conocimiento sobre el cáncer de mama, autoexamen de mama y actitudes ante el autoexamen de mama.

Tabla 3 contenido del programa de intervención.				
Sesión	Objetivo	Temas a abordar	Dinámica	Manos a la obra.
1-¿Quién soy y que hago aquí?	Hacer que los alumnos se identifiquen con el programa y también con el facilitador.	Presentación del facilitador, objetivo del programa. Presentación de los usuarios. Esto se llevara a cabo usando el juego ¿Quién soy yo?	Presentarse cada uno con los demás y decir el motivo por el cual están presentes y forman parte del programa.	Piensen en un sobre- nombre con el cual se sientan identificados y los haga sentirse bien.
2-Has oído de mí, ¿Pero sabes quién soy?	Identificar la anatomía de la glándula mamaria y como se realiza la autoexploración.	El facilitador explicará por medio de un rompecabezas que los alumnos tendrán que ir	Dibujarán la glándula mamaria e identificarán las partes que la componen. Y los pasos para una	Describirán como son ellos, tanto físicamente como sentimental-mente.

		<p>armando, ¿qué es el cáncer de mama?, ¿dónde se origina? y las partes de la glándula mamaria, para que sepan reconocer donde se instala el CaMa.</p>	<p>auto-exploración exitosa.</p>	
<p>3-¿Qué hay detrás de mi identidad?</p>	<p>Reconocer los factores de riesgo y los síntomas de alerta.</p>	<p>El facilitador explicará cuáles son los síntomas y los factores de riesgo. Por medio de una sopa de letras en la cual, los alumnos irán encontrando el nombre de un síntoma o factor de riesgo y al mismo tiempo el facilitador les explicará cada uno.</p>	<p>Ellos tendrán que explicar al menos uno de los síntomas o factores explicados para verificar si estos han sido comprendidos o hay todavía dudas.</p>	<p>Por medio de un semáforo ellos van acomodando de mayor a menor los factores de riesgo y los síntomas.</p>
<p>4-Familia, contexto y CaMa.</p>	<p>Involucrar a la familia de los alumnos en la dinámica y ver como el contexto influye en la práctica de la autoexploración mamaria.</p>	<p>El facilitador explicará el papel de la familia referente a la prevención y si el contexto influye o no en la prevención y autoexploración. Por medio de una mesa redonda.</p>	<p>Los alumnos darán su punto de vista u opinión sobre el tema para ver que tanto influyen estos 2 aspectos en la prevención.</p>	<p>Comentar con su familia sobre lo explicado en la sesión, y pedirles a los miembros de la familia que den su opinión de cómo se está llevando la dinámica.</p>
<p>5-Reencuentro con mi cuerpo.</p>	<p>Conocer su cuerpo, cuidarlo y que se acepten tan cual.</p>	<p>El facilitador expondrá los temas: mi cuerpo y yo. Cambios biopsicosociales.</p>	<p>En una hoja dibujarán la silueta de su cuerpo y pondrán que es lo que les gusta y disgusta de su</p>	<p>Tendrán que tomar en cuenta lo que escribieron en su hoja y escribir porque les disgustan las</p>

		Haciendo uso del reforzamiento en los alumnos.	cuerpo.	partes mencionadas y quien ha influido en su forma de pensar acerca de su cuerpo.
6- Amistad y felicidad.	Fortalecer lazos afectivos, comunicación asertiva y autoestima.	El facilitador explicará lo que es autoestima, lazos afectivos y comunicación asertiva. Por medio de una lluvia de ideas y posteriormente usando un histograma.	Se les entregará una hoja donde se pondrá un semáforo, en el cual iluminarán uno de los tres colores, tomando en cuenta donde ellos creen que está ubicada su autoestima.	Se le entregará una hoja con 4 corazones, en donde 2 compañeros llenarán 2 corazones poniendo una característica sobresaliente del dueño de la hoja, los otros 2 corazones los llenarán sus padres.
7- La isla de los pensamientos para reducir los riesgos del CaMa.	Relacionar las conductas que practican diariamente con los factores de riesgo	En esta sesión el facilitador permitirá a los alumnos que expresen cuáles son sus conductas y si ellos consideran que son favorables o no para la prevención de CaMa. La participación será voluntaria y con esto dará paso al tema.	En este caso se les pondrá música de relajación para que ellos se sientan más tranquilos.	Comentar con su familia sobre lo que ellos piensan del CaMa.
8 - Mitos y realidades.	Conocer los mitos y realidades más frecuentes en la sociedad.	El facilitador les pedirá a los alumnos que escriban en una hoja, los mitos que han escuchado	En una caja se les pide que echen todos los mitos que ellos escribieron.	Se les explica que ellos tendrán que pedir a sus familiares o vecinos, les digan los mitos que ellos

		sobre el CaMa y si ellos consideran que son reales o no. Para dar continuación a la explicación de los mitos y realidades más comunes que el facilitador explicará. Por medio de una lotería.		han oído y hagan una lista con ellos.
9- Lo lograste! y ahora a echarle mucho ojo a la prevención.	Recordar lo que se les explicó durante el programa.	El facilitador les pedirá que le mencionen cual temática de las que se llevaron a cabo en el programa les llamo más la atención.	Dar sugerencias de mejora al programa.	Preparar un detalle para uno de sus compañeros. El detalle podría ser un dulce, frase, poema, canción o algo hecho por ellos.
10-Cierre del programa.	Reconocer el apoyo de los participantes.	El facilitador pedirá a los alumnos que entreguen su obsequio a su compañero. Para después dar las gracias a la institución.	Los alumnos entregarán el regalo al compañero, acompañado de un abrazo.	Son libres y no olviden que el primer paso para cuidarnos es la prevención.

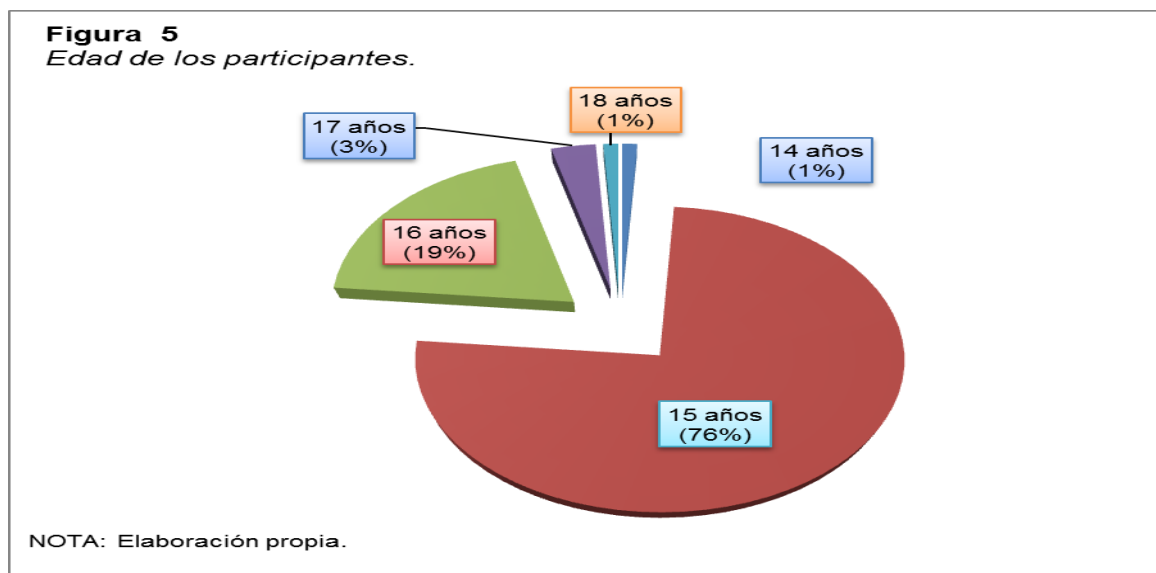
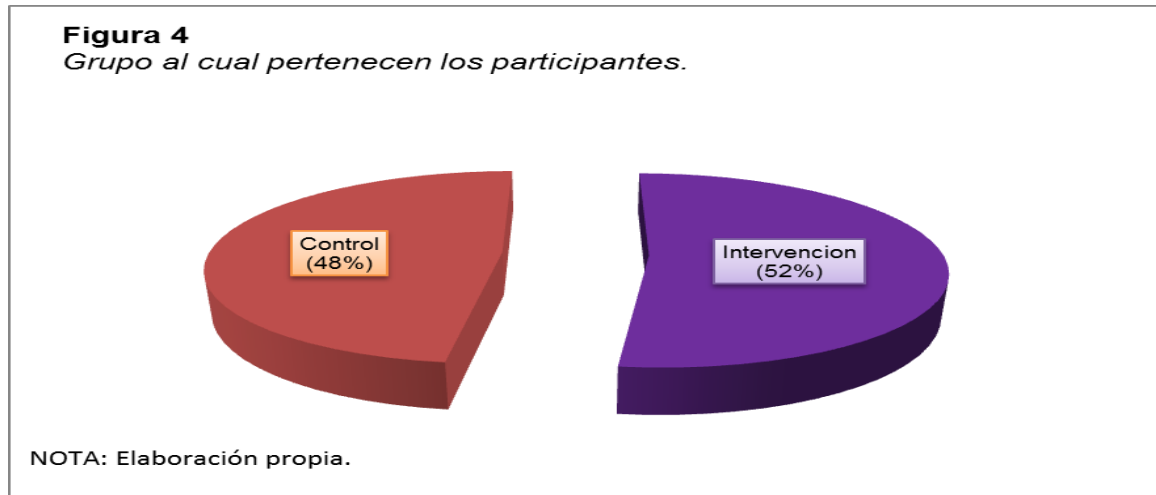
Fuente: Elaboración propia

Capítulo 4. Resultados.

4.1 Estadísticos Descriptivos

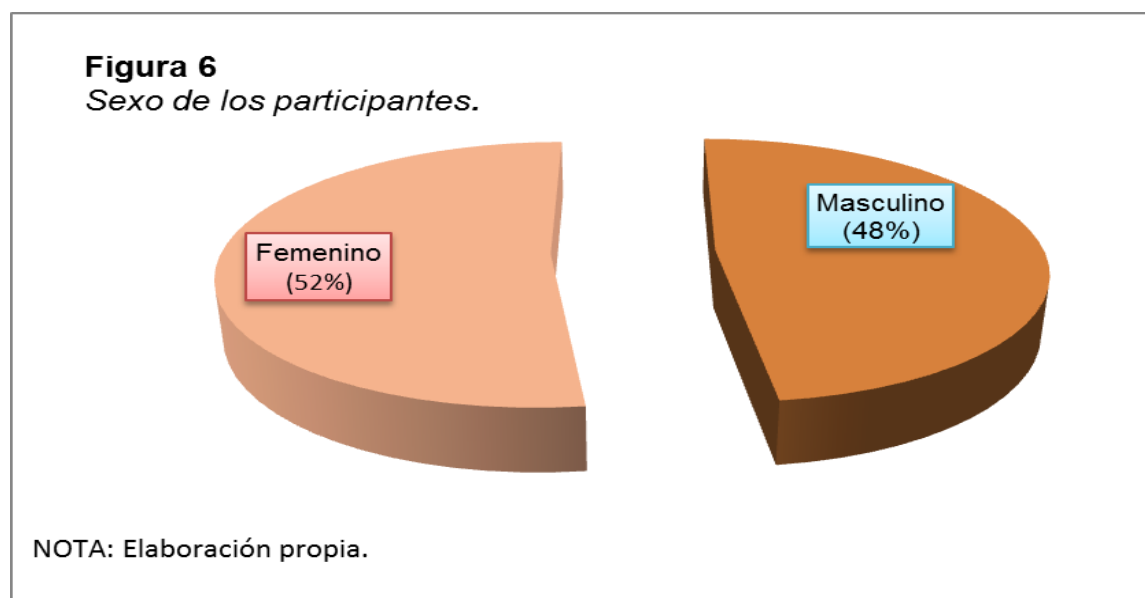
En la investigación se contó con 2 grupos: el grupo control ($n=47$) y el grupo de intervención ($n=51$), donde la diferencia en cuanto a los participantes fue mínima (Véase figura 4).

La muestra estuvo integrada por alumnos que están entre los 15-17 años, la edad que más predominó es de 15 años ($n=74$) (Véase figura 5).



La muestra estuvo integrada por hombres ($n=47$) y mujeres ($n=51$), el sexo que más predominó fueron las mujeres, aunque la diferencia fue mínima (Véase figura 6).

En la figura 7 se muestra la ocupación de los participantes, la que más predomina es que son estudiantes ($n=91$), solo una pequeña muestra trabaja y estudia ($n=7$).

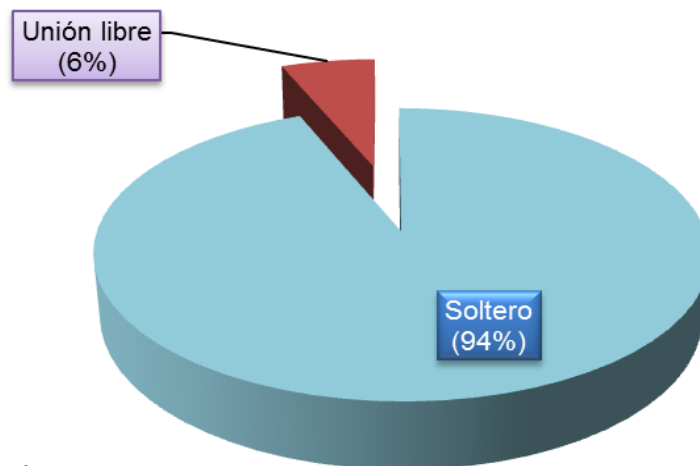


La mayoría de los integrantes de la muestra son solteros ($n=92$) y solo una mínima parte vive en unión libre ($n=6$) (Véase figura 8).

En el instrumento se preguntó sobre la religión de los participantes, en la figura 9 se muestra que la mayoría son católicos ($n=74$) (Véase figura 9).

Figura 8

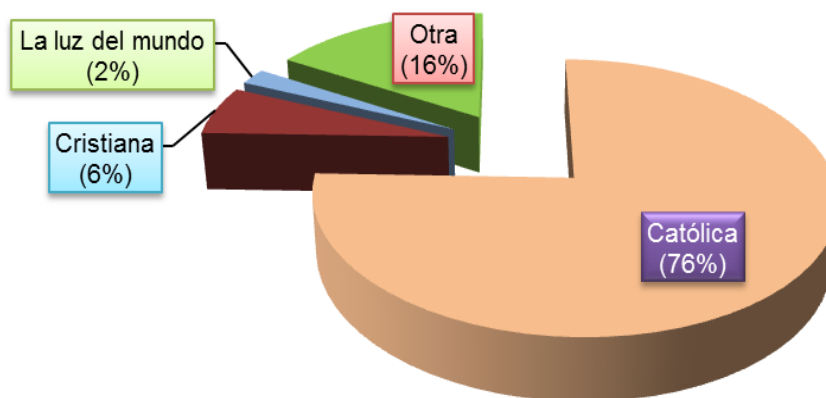
Estado civil de los participantes.



NOTA: Elaboración propia.

Figura 9

Religión de los participantes.



NOTA: Elaboración propia.

4.2 Estadísticos Inferenciales

Las medias y desviaciones estándar para el grupo con intervención y control, para los factores y el total del instrumento de conocimientos y actitudes hacia el cáncer de mama, se presentan en la tabla 4. Después de la intervención se notaron cambios positivos en la mayoría de los apartados (conocimientos sobre cáncer, signos y síntomas, aumento de riesgo de cáncer de mama, técnicas de detección de cáncer de mama, conocimientos sobre los pasos del autoexamen, influencia del personal de salud, razón para realizarse el autoexamen, quienes deben realizarlo, el momento y el beneficio de llevarlo a cabo y actitudes ante el autoexamen), solo en el apartado de razones para no realizarse el autoexamen no hubo cambios.

Tabla 4. Medias y desviación estándar del grupo en pre y post prueba.

Factor	Grupo				<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Intervención		Control				
	Pre <i>M</i> (<i>DE</i>)	Post <i>M</i> (<i>DE</i>)	Pre <i>M</i> (<i>DE</i>)	Post <i>M</i> (<i>DE</i>)			
Conocimientos sobre cáncer de mama.	3.49 (1.36)	4.55 (1.04)	4.09 (0.84)	3.76 (1.18)	25.75	.000	.22
Signos y síntomas.	1.69 (1.46)	4.29 (1.00)	2.81 (1.49)	2.91 (1.44)	50.41	.000	.35
Aumento de riesgo de cáncer de mama.	1.55 (1.18)	4.53 (1.44)	2.23 (1.30)	2.06 (1.24)	78.33	.000	.45
Técnicas de detección de cáncer de mama.	3.27 (1.22)	4.49 (1.39)	3.43 (1.40)	3.79 (1.64)	6.37	.013	.06
Conocimiento sobre los pasos del autoexamen.	2.94 (1.38)	4.14 (1.10)	3.55 (1.08)	3.55 (1.12)	15.87	.000	.14
Conocimientos sobre el autoexamen.	4.94 (1.65)	6.47 (1.42)	5.64 (1.34)	5.00 (1.63)	33.18	.000	.26
Influencia del personal de	7.06	9.61	8.20	7.97	17.95	.000	.16

salud.	(3.08)	(1.97)	(2.42)	(2.73)			
Razón por la que se realiza el autoexamen.	4.37 (1.33)	5.14 (1.14)	4.81 (1.21)	4.23 (1.72)	14.89	.000	.14
Quienes se realizan el autoexamen.	3.82 (2.26)	4.73 (1.82)	3.85 (1.99)	3.32 (1.97)	11.64	.001	.11
Momento para realizar el autoexamen.	1.51 (1.54)	4.63 (2.21)	3.30 (1.91)	2.26 (2.00)	68.97	.000	.42
Razones y beneficios.	3.5 (.74)	3.55 (.765)	6.60 (7.42)	3.36 (1.09)	1.77	.187	.02
Razones para no realizarse el autoexamen.	17.7 (7.29)	21.4 (5.62)	19.7 (5.77)	17.70 (8.63)	8.67	.004	.08
Actitudes ante el autoexamen.	39.6 (9.4)	40.2 (17.44)	41.6 (12.33)	47.60 (18.40)	2.13	.148	.02

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO 5. Análisis y discusión.

El efecto de este estudio fue evaluar el impacto que tiene un programa de conocimientos para modificar el comportamiento y actitudes sobre el autoexamen de CaMa en los adolescentes. Este estudio encontró que el programa que se llevó a cabo en alumnos de una escuela preparatoria del Estado de México, fue eficaz ya que hubo cambios positivos en el comportamiento, actitudes y conocimientos sobre el autoexamen del CaMa.

En este estudio se encontró que los adolescentes de 15-18 años después de la intervención, tienen conocimientos sobre la autoexploración, referente a otros estudios realizados por Hernández, González, Heredia,...& Aguilar (2011) y García y Rincón (2011).

Dentro del conocimiento, actitudes y comportamientos intervienen factores sociales como la familia, creencias y mitos que permiten que los adolescentes lleven a cabo la autoexploración, es una justificación sólida para las intervenciones que tienen como objetivo la realización del autoexamen para prevenir el CaMa.

Los resultados de investigaciones previas hechas por Hernández, González, Heredia,...& Aguilar (2011) y García y Rincón (2011), han demostrado que el conocimiento sobre los pasos para la autoexploración, los factores de riesgo y los factores protectores, tendrán un papel fuerte en la prevención, en etapas tempranas sobre la disminución de las tasas de incidencia sobre el CaMa.

En la búsqueda de investigaciones relacionadas sobre el conocimiento que los adolescentes tienen sobre la autoexploración en el cáncer de mama, se encontraron investigaciones e intervenciones que se llevan a cabo con personas que ya padecen la enfermedad, donde la familia juega un papel muy importante, se les enseñaba a cómo tratar al paciente durante y después de la quimioterapia o radioterapia, se asiste a talleres como musicoterapia o de implementación de

cuidados paliativos en pacientes con CaMa en etapa inicial y etapa final, donde el paciente debe de tener una calidad de vida.

Solo 2 estudios estuvieron un poco apegados al objetivo de mi intervención, por el hecho de que ellos también pretendían incrementar el nivel de conocimiento sobre la detección precoz del CaMa. Si bien una de las investigaciones realizada por un grupo de médicos cubanos Hernández, González, Heredia,...& Aguilar (2011) tuvo un universo más grande y la segunda realizada por García y Rincón (2011) un universo pequeño.

La intervención estuvo integrada por 10 semanas (una intervención cada semana) se llevó a cabo con un tamaño de muestra intermedio, los resultados fueron favorables como los reportados en las investigaciones antes mencionadas. Este es un hallazgo importante ya que se sugiere que los planes de estudio están impulsados a intervenciones eficaces para el cambio.

En este estudio se examinó el conocimiento sobre los pasos para la realización del autoexamen en donde se incluía temas como: la autoexploración, factores de riesgo y protectores, síntomas y signos, el papel del sector salud, el papel de la familia, por medio de sesiones educativas las cuales estaban integradas por actividades lúdicas.

Durante las sesiones del programa PREVISA, los adolescentes del grupo de intervención obtuvieron un conocimiento significativo comparado a los del grupo control, por lo que se determina que las actividades fueron las adecuadas y estas estuvieron enfocadas en las temáticas de prevención.

Se recomienda que en los estudios futuros, se invite a los padres de familia a las sesiones para que el conocimiento se transmita de generación en generación y no solo se quede en los alumnos de la institución.

En las dos primeras sesiones las adolescentes estuvieron más atentas que los varones, tal vez porque la literatura nos menciona que el CaMa es solo una enfermedad de la mujer, cuando en la actualidad por cada 100 mujeres 1 hombre padece esta enfermedad, si bien la incidencia es mínima a comparación de la incidencia en mujeres, es tiempo de que el hombre sepa cómo prevenir el CaMa, que se dé cuenta que la enfermedad ya no solo es de la mujer.

La explicación es que las mujeres en edad productiva reciben mayor información por el sector salud a diferencia de los hombres, que solo acuden cuando se sienten mal, estas diferencias se ven también marcadas en los adolescentes, porque en la mayoría de las campañas que se llevan a cabo sobre la prevención del CaMa, estas están enfocadas en mujeres de 25-50 años, cuando se debe de prevenir desde etapas tempranas.

Los resultados muestran que los adolescentes han aumentado su conocimiento, actitudes y comportamientos sobre el autoexamen cáncer de mama, solo en el apartado relacionado a las razones y beneficios de realizarse el autoexamen ellos no tuvieron un cambio, esto se debe a que ellos ya tenían el conocimiento, el cual lo adquirieron por medio de los medios de comunicación.

En resumen, estos hallazgos son importantes ya que resaltan la influencia de la familia, la escuela y la sociedad en el conocimiento y el comportamiento de los adolescentes sobre la enfermedad, incluso durante esta etapa en donde el adolescente está en busca de su identidad.

Las limitaciones de este estudio incluyen, 1) la disponibilidad del profesor para facilitarnos su tiempo de clase para llevar a cabo la sesión. 2) las múltiples actividades que los alumnos tenían durante su horario. 3) la inasistencia de los alumnos.

Los puntos fuertes de esta intervención se encuentran en las sesiones y las temáticas que se abordaron, las cuales permitieron que el conocimiento de los alumnos aumentara significativamente. Fortalezas importantes sobre la investigación son: 1) el diseño del programa; 2) la muestra que fue muy similar entre el grupo de intervención y el de control; 3) el análisis de los datos nos permitió ver la diferencia entre la pre prueba y post de los dos grupos.

CAPÍTULO 6. Conclusiones.

La intervención fue un éxito, las 10 sesiones que incluía el programa PREVISA lograron que el conocimiento en los adolescentes sobre el CaMa aumentara.

El facilitador debe de hacer su diagnóstico, conocer a la población con la que va a trabajar, dar la información oportuna, resolver dudas, hacer las dinámicas lúdicas y explicar los temas de acuerdo a lo planteado en el programa, para que los resultados sean exitosos.

El programa PREVISA estuvo diseñado para una población específica, para lograr cambios positivos en los adolescentes y así disminuir la incidencia en CaMa, los programas de prevención deben de promover la autoexploración desde una edad temprana para que los niños y adolescentes ya lo vean como un hábito que les permita conocer su cuerpo y detectar cuando algo no está bien en ellos.

Se logró un buen resultado en los adolescentes ya que sus conocimientos sobre el CaMa, la autoexploración fueron más concretos que antes de la intervención donde ellos todavía dudaban de los pasos a seguir y el no saber porque es importante auto explorarse.

La investigación que estuvo centrada en el conocimiento que tenían los adolescentes fue un éxito, ya que hubo un cambio dentro de la intervención favorable en comparación a pre prueba y post prueba.

Si bien dentro de la intervención los objetivos fueron los siguientes: I) Conocer los pasos para una autoexploración exitosa. II) Identificar los factores de riesgo y factores protectores del CaMa. III) Reconocer la anatomía de la mama para saber la ubicación donde aparecen los tumores mamarios. IV) Reproducir el autocuidado en la familia para prevenir. V) Distinguir entre los mitos y la realidad sobre el

CaMa, VI) Reconocer la importancia de la familia en la reproducción del autocuidado.

Después de la intervención se puede mencionar que los objetivos planteados anteriormente se cumplieron logrando cambios relativamente positivos en la población con la que se trabajó, que en este caso fue con los adolescentes de una preparatoria oficial del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

La hipótesis que se plantea en esta intervención fue la siguiente: La implementación de un programa de educación para la salud que modificará (los conocimientos de las personas sobre el autoexamen de cáncer de mama) conductas y hábitos dirigidos a la prevención sobre el CaMa en los participantes del grupo de intervención.

Esta hipótesis se acepta ya que se logró un cambio significativo en los adolescentes sobre los conocimientos de la autoexploración en el cáncer de mama los cuales están dirigidos a que la población con la que se trabajó logrará tener conductas y hábitos que permitan que la prevención este presente y esta se reproduzca dentro de la familia para que se logre una disminución en la tasa de incidencia sobre el CaMa.

Propuesta de Educador para la Salud.

Como se puede apreciar dentro de este trabajo el CaMa es una problemática que está cada vez más presente en etapas tempranas.

Si bien la morbilidad y la mortalidad por CaMa pueden reducirse si las mujeres tienen el conocimiento, la motivación y la destreza necesaria para aplicar medidas de detección precoz, como es el autoexamen de mama.

Antes solo se presentaba en mujeres mayores a los 40 años, en la actualidad se presenta en mujeres en edad productiva, lo que me lleva a dar como propuestas un taller educativo tomando en cuenta lo siguiente:

Iniciar desde la adolescencia con el cuidado preventivo, el cual incluye, realizar la autoexploración mensualmente, que permita al adolescente que lo tome como un hábito y así reproducir la conducta a los demás integrantes de la familia, tomando en cuenta el sensibilizar a las adolescentes sobre la importancia de conocer las características normales de sus mamas, por medio de la autoexploración y de observar sus mamas frente al espejo.

Si los adolescentes conocen su cuerpo, esto les permitirá demandar atención médica si descubre alguna anormalidad y así poder tener atención primaria.

Realizar cortos, comerciales o campañas sobre la prevención de CaMa enfocadas principalmente en la prevención, tratando de no enfocarla en la estética de la mujer. Ya que en algunas campañas que se transmiten por la televisión involucra a mujeres famosas con la única intención de atraer audiencia, dejando a un lado el mensaje de la prevención.

Si bien por medio de la televisión se puede controlar a las masas, también por medio de ella, podemos hacer llegar el mensaje sobre la prevención y educación respecto al CaMa.

Gestionar talleres preventivos en las escuelas de nivel medio superior, con la finalidad de implementar el autocuidado de los adolescentes sin dejar de lado la participación de los padres de familia en la ejecución del taller, ya que la familia es una pieza importante dentro de la formación de los adolescentes.

Sensibilizar a los hombres sobre el CaMa, con la participación de ellos en el taller, incluirlos dentro de las actividades preventivas e informarles que ellos también son una población vulnerable ante el CaMa.

Destinar un día para hacer un cine-taller, donde se les mostrarán videos, documentales, testimonios de personas que padecen o padecieron la enfermedad, para informar, orientar y sensibilizar a los adolescentes, ya que esta enfermedad es curable siempre y cuando sea detectada a tiempo y no en etapas donde la enfermedad está muy avanzada.

Explicar y hacer que los adolescentes conozcan: la técnica correcta de la autoexploración; el momento preciso para realizarla: en las mujeres 8 días después de la menstruación, en el caso de los hombres una vez al mes; signos de alerta entre los cuales se encuentran: cambio de color de la piel, hundimiento del pezón, bolitas en el seno, dolor, secreción de líquido en el pezón tomando en cuenta el erotismo desde una perspectiva hacia la prevención.

El erotismo permitirá que los adolescentes aparte de disfrutar sobre su sexualidad tengan la oportunidad de involucrar a su pareja en la prevención sobre el CaMa, ya que al momento de que la pareja toque los senos, estará conociendo la anatomía de su pareja, lo cual permitirá que entre los 2 estén al pendiente de los cambios que se lleguen a presentar y que nos permita reconocer un signo de alerta.

Los senos son una parte del cuerpo muy sensible, una parte erógena que permite, placer en ella, pero si este placer lo utilizamos como un medio preventivo estaremos, apoyando a la prevención sin dejar de lado el placer que esta conlleva.

Como podemos darnos cuenta la sexualidad también puede jugar un papel muy importante dentro de la prevención y más cuando se involucra a la familia en ella.

Este taller puede estar integrado por un grupo multidisciplinario para fomentar hábitos y conductas saludables, donde este presente la actividad física, una alimentación balanceada de acuerdo a las necesidades de los adolescentes, disminuir el consumo de las bebidas alcohólicas, relaciones afectivas, autoestima y la fomentación de la lactancia entre otras temáticas.

Apoyadas de actividades lúdicas que permitan que los adolescentes, por medio del juego aprendan y comprendan la importancia de la prevención, el cuidado del cuerpo y el autoconocimiento del mismo.

Las actividades a realizar entre otras serian:

* **La lotería de la prevención** (esta consta de la descripción de los estudios preventivos y ellos tendrán que identificar a que estudio pertenece la descripción).

***El dado de la autoexploración** (el dado tiene los números del 1-5, que son los pasos para la autoexploración) los adolescentes lanzarán el dado y dependiendo del número que salga, tendrán que decir que paso de la autoexploración se debe de realizar y si el dado cae con el número 6, el participante nos dirá un factor de riesgo y como puede hacer él para que este factor no sea un detonante para sufrir CaMa.

***La caja negra de la sociedad** (en la caja negra se integrarán papeles con frases las cuales serán mitos o realidades sobre el CaMa) ellos tendrán que distinguir al sacar un papelito si es un mito o es una realidad y decir el porqué. Estas actividades también podrían llevarse por medio de una feria de la salud, donde se podrán abordar otros temas que al igual que el CaMa son importantes como la diabetes, la obesidad, VIH, enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

Referencias.

- Agostino, R., Castañeda, A., & Dilorio, F. (2002). *Epidemiología del Cáncer de mama en el Distrito II*. Consultado en: <http://www.colmed2.org.ar/images/publ03.pdf>
- Agudelo, B. (2011). Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud Colectiva*, 9, 79-90.
- Aguilar, C., Neri, S., Padilla, L., García, R., & Sánchez, L. (2012). Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutrición Hospitalaria*, 5, 1631-1636.
- American Cancer Society. (2014). *Definición de metástasis*. Consultado en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/metastasisenhuesos/guiadetallada/metastasis-en-los-huesos-what-is-bone-mets>
- American Cancer Society. (2014). *Prevención y detección temprana del cáncer de seno*. Consultado en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>
- American Cancer Society. (2015). *Definición de metástasis axilar*. Consultado en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-inicial-clasificacion>
- Angarita., & Acuña. (2008). Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. *Universidad Médica de Bogotá*, 49, 344-372.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2015). *Definición de Riesgo de recidiva*. Consultado en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/ELCANCER/Paginas/Queesunarecidiva.aspx>
- Bekia salud. *Definición de menopausia tardía*. Consultado en: <http://www.bekiasalud.com/articulos/menopausia-tardia-riesgos-beneficios/>
- Beltrán, O. (2010). *Cáncer de mama México*. Consultado en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10_oct_2k10.pdf

- Brandan, E., & Villaseñor, N. (2006). Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *UNAM*, 1, 147-162.
- Bravo, G. (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, 67-82.
- Bravo., Peralta., Neira., & Itriago. (2013). Prevención y seguimiento del cáncer de mama, según categorización de factores de riesgo y nivel de atención. *Medicina Clínica*, 24, 578-587.
- Breastcancer.org. (2012). *Definición de autoexploración*. Consultado en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion>
- Breastcancer.org. (2012). *Definición de lumpectomía*. Consultado en: http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/lumpectomia/que_es
- Breastcancer.org. (2014). *Definición de afectación linfática*. Consultado en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/ganglios_linfaticos
- Carabias, A. (2011). *Estudio de la importancia del componente intraductal asociado en el cáncer de mama como factor pronóstico*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Carvalho, F., Oliveira., & Ferreira, M. (2006). Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. *Revista Cubana de Enfermería*, 22, 10.
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica. (2012). *Panorama epidemiológico del cáncer de mama y cáncer cervicouterino*. Consultado en: http://salud.edomexico.gob.mx/cevece/doc/Reportes/Pan_cancer.pdf
- Cerezo, V., Ortiz, T., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama; una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1, 3-5.
- Clínica de la mujer. *Definición de nuliparidad*. Consultado en: <http://www.atenciondelamujer.com.mx/Otros+Temas/1140.html>
- Comisión Nacional de Población. (2010). *Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. Consultado en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/proyecciones_estatal/es/Proy05-50.pdf

- Cordero, G., Jiménez, X., & Sikora, E. (1985). Las repercusiones psicosociales de la mastectomía. *Ciencia Médica*, 6, 29-38.
- Cuervo, R. (2013). Autocuidado de mujeres en riesgo de padecer Cáncer de mama. Tesis de maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Danei. (2005). Las causas de cáncer en el mundo: la evaluación del riesgo comparativo de nueve factores de riesgo conductuales y ambientales. *Lancet*, 366, 1784-1793.
- Dirección General de Salud Pública. (2011). *Detección precoz del cáncer de mama*. Consultado en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/PDPCM/informacion%20cribado%20cancer%20mama%20para%20mujeres.pdf
- Familia y salud. (2011). Definición de ganglios. Consultado en: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/inmunidad-y-cancer/inmunidad/ganglios-adenopatias-importancia-y>
- Fernández, A., & Flores, B. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Práctica Clínica*, 2, 187-207.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2009). *Cáncer de mama a conciencia*. Consultado en: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/Presentacion%20Reporte%20Rosa/REPORTE%20ROSA%202009-2010.pdf>
- García, E., & Rincón, P. (2011). Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo. *Terapia Psicológica*, 29, 175-183.
- García, G. (2000). Uso de algunos indicadores en epidemiología. *Revista Mexicana de Pediatría*, 2, 86-88.
- Giraldo, M., & Arango, R. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 2, 191-200.

- Giraldo, M. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Salud Pública*, 11, 514-525.
- González, F. (2006). Enfoque cualitativo para el estudio de las representaciones sociales: la epistemología y base ontología. VII Conferencia Internacional sobre representaciones sociales. Medios de comunicación y conferencia.
- Gonzalo, R. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Medica Clínica Condes*, 17, 194-197.
- Hernández, S., González, S., Heredia, B., Heredia, C., Conde, M., & Aguilar, O. (2011). Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. *Archivo Médico de Camagüey*, 15, 487-503.
- Herrera, O., & Rodríguez, G. (2009). Estudio piloto de validación del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana.
- Herrero, O., Rodríguez, E., Botella, L., Corbella, S., Gómez, M. & Pacheco. (2010). Percepción de los pacientes con cáncer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo. *Análisis y modificación de conducta*, 36, 43-62.
- Instituto de Salud Mexiquense. (2014). *Zona metropolitana: índice de mortalidad de 19 por ciento en cáncer de mama en el valle de México*. Consultado en: <https://reporterosenmovimiento.wordpress.com/2014/05/13/zona-metropolitana-indice-de-mortalidad-de-19-por-ciento-en-cancer-de-mama-en-el-valle-de-mexico/>
- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. (2015). *Con acciones de prevención combate ISSEMyM el cáncer de mama*. Consultado en: <http://diariportal.com/destacada/con-acciones-de-prevencion-combate-issemym-el-cancer-de-mama/>
- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. (2015). *Con alta incidencia de cáncer de mama en cuatro municipios mexiquenses*.

- Consultado en:
<http://www.oem.com.mx/elsoldetoluca/notas/n3981358.htm>
- Instituto Nacional de Cáncer. (2015). *Prevención del cáncer de seno*. Consultado en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2015). *Prevalencia de cáncer en México podría crecer 70% en la siguiente década: INCan*. Consultado en: <http://infocancer.org.mx/prevalencia-de-cncer-en-mxico-podra-crecer-70en-la-siguiente-dcadaincan--not445i0.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Población. (2000). *Proyecciones de Población 2000-2050 con información del XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Datos estadísticos sobre Cáncer de Mama*. Consultado en: <http://noticieros.televisa.com/mundo/1410/dia-internacional-cancer-mama/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del... día mundial de la lucha contra el cáncer de mama*. Consultado en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer*. Consultado en: http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/Cancer_2015.pdf
- Instituto Nacional de la Mujeres, con base en DGIS, CONAPO, *Proyecciones de la población de México 2010-2050*. (2013). Consultada en: www.conapo.gob.mx el 20 de febrero de 2014.
- Instituto Nacional de la Mujeres. (2011). *Se incrementa tasa de mortalidad por Cáncer de Mama*. Consultado en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/479-se-incrementa-tasa-de-mortalidad-por-cancer-de-mama>

- Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. (2015). *Concepto de menopausia y posmenopausia*. Consultado en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/menopausia>
- Instituto Politécnico Nacional. (2006). *Cáncer, el asesino silencioso de la mujer mexicana*. Consultado en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
- Jara, R., Peña, R., & Zagaceta, G. (2011). Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama. Consultado en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Yaren.pdf>
- Knaut F., Nigenda G., & Lozano R. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Scielo*, 51, 10. Consultado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a26>
- López, L., Suarez, L., & Torres, S. (2009). Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la salud. *Salud Pública*, 51, 199-202.
- Madrid más Salud. *Definición de Sedentarismo*. Consultado en: http://www.madridsalud.es/temas/senderismo_salud.php
- Martínez, O. (2012). La intervención de Enfermería con el paciente oncológico. *College*, 1, 1-29.
- Maza, F., & Vecchi, M. (2009). El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y restos de la sociedad civil. *Salud Pública*, 51, 329-334
- Medisur. (2007). *Definición de dieta hipercalórico*. Consultado en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/announcement/view/5189>
- MedlinePlus. (2013). *Definición de estradiol*. Consultado en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003711.htm>
- MedlinePlus. (2013). *Definición de incidencia*. Consultado en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002387.htm>
- MedlinePlus. (2014). *Cáncer de mama*. *Enciclopedia Médica*. Consultado en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>

- Meneses., González., Correa., & Ramírez. (2014). Intervenciones con actividad física supervisada en el manejo de la fatiga. *Nutrición Hospitalaria*, 30, 486-497.
- Ministerio de Salud Pública y asistencial social. (2006). *Guía técnica de prevención y control de cáncer de mama*. Consultado en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf
- News Medical. (2015). *Historia del Cáncer de Pecho*. Consultado en: [http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-(Spanish).aspx)
- Olson, J. (2002). Pecho de Betsabé: las mujeres, el cáncer y la historia. *University. Prensa*, 455.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020*. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Temas de salud: Cáncer*. Consultado en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Cáncer de mama: prevención y control*. Consultado en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Cáncer de mama: prevención y control*. Consultado en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Definición de obesidad*. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Definición de radiaciones ionizantes*. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs371/es/>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Cáncer de la mujer en América Latina y El Caribe*. (1992). *Epidemiología y c*

- Control.* Consultado en:
<http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/680/1/Calidad%20de%20vida%20y%20C%C3%A1ncer%20de%20mama.pdf>
- Poblano, V., Figueroa, P., & López, Carillo. (2004). Los factores institucionales contribuyendo a una utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública, 46*, 294-305.
- Real Academia Española. (2014). *Definición de cercenar*. Consultado en:
<http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=sGUxkXn65DXX20qodIIM>
- Rodríguez, C. (2005). Cáncer de mama. *Cirugía y Cirujanos, 73*, 423-424.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud, 18*, pp. 137-161.
- Secretaria de Salud. (2013). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario.
- Secretaria de Salud. (2013). *Salud Reproductiva*. Consultado en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7205.pdf>
- Secretaría de Salud. México. (2002). *Compendio de patología mamaria*. Consultado en:
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
- Serra, M. (2010). Musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la Quimioterapia. *Universidad Ramón Lull, 472*, 1-240.
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2015). *Epidemiología y factores de riesgo*. Consultado en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=2>
- The Free Dictionar. (2007). *Definición de disección*. Consultado en:
<http://es.thefreedictionary.com/disecci%C3%B3n>
- The Free Dictionar. (2007). *Definición de multiparidad*. Consultado en:
<http://es.thefreedictionary.com/multiparidad>
- The Free Dictionar. (2007). *Definición de supervivencia*. Consultado en:
<http://es.thefreedictionary.com/supervivencia>

Tuca, R., Calsina, B., & González, B. (2010). Caquexia en cáncer. *Medicina Clínica*, 13, 568-572.

Wordreference. (2015). *Definición de axilar*. Consultado en:
<http://www.wordreference.com/definicion/axilar>

Wordreference. (2015). *definición de fetidez*. Consultado en:
<http://www.wordreference.com/definicion/fetidez>

Anexos.

Anexo 1

Folio: _____

Grupo: Intervención () Control ()

Pre prueba () Pos prueba ()

ENCUESTA

La presente encuesta pretende valorar cual es la relación entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y el autoexamen mamario, así como las actitudes con la práctica del autoexamen en los alumnos de la preparatoria oficial.

Su participación será voluntaria y la información será utilizada solamente para fines de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES:

Primer apellido: _____ Seudónimo: _____

Edad: _____

Ocupación: 1-Estudiante () 2- Estudias y trabajas ()

Estado civil: 3- Soltera () 4- Casada () 5- Madre soltera () 6- Unión libre ()

Religión: 1- Católica () 2-Cristiana () 3- La luz del Mundo () 4- Otra _____

1- Conocimiento sobre el cáncer de mama

C1.- ¿Qué conoce sobre el cáncer de mama? Responda al enunciado correcto SI y al incorrecto NO según usted crea conveniente con una (X) luego de cada enunciado.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-El cáncer de mama es la presencia de tumores malignos en la mama.			
2-El cáncer de mama afecta solo a mujeres.			
3-Una mujer embarazada puede sufrir cáncer de mama.			
4-Los tumores malignos de la mama pueden invadir otros órganos.			
5-Los tumores benignos son característicos del cáncer de mama			
6-El cáncer de mama es curable si se detecta tempranamente.			

C2.-¿Cuáles son los signos y síntomas que tú conoces acerca del cáncer de mama? Coloque una (X) en los recuadros según creas convenientes.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Piel hundida de la mama o pezón.			
2-Diferencias de tamaño y forma de ambas mamas.			
3-Enrojecimiento y endurecimiento de la mama.			
4-Mamas y pezón con heridas.			
5-Secrecion de sangre o pus por el pezón.			
6-Presencia de tumores (bultos) en la mama, axila y/o alrededor del cuello.			

C3-¿Cuál de las siguientes situaciones aumenta el riesgo de cáncer de mama?
 Responda con una (X) al enunciado correcto SI y al incorrecto NO según tu creas conveniente.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Tener familiares por parte de la madre que han sufrido cáncer de mama.			
2-Beber alcohol y/o fumar en forma habitual.			
3-Ser obesas y realizar poca actividad física.			
4-Tener muchos hijos.			
5-Presentar la primera menstruación antes de los 12 años.			
6-Ser una mujer mayor de 30 años y tener a tu primer hijo.			
7-Usar hormonas frecuentemente.			

C4- Con respecto a las técnicas de detección de cáncer de mama coloque una (X) en los recuadros según crea conveniente.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-El autoexamen de mamas es realizado por la misma mujer.			
2-El ultrasonido es útil para el estudio de la mama en mujeres menores de 35 años.			
3-El autoexamen de las mamas se realiza mensualmente a partir de la aparición de la primera menstruación.			
4-La mastografía ¹ debe realizarse anualmente en toda mujer mayor de 40 años.			
5-El autoexamen de mamas puede realizarse en cualquier momento que la mujer lo desee.			
6-La mujer mayor de 30 años debe acudir al médico o enfermera para su examen de mama de manera anual.			

¹ Radiografía de la mama.

7-La tomografía ² es un método para detectar el cáncer de mama.			
8-Las mujeres que usan hormonas deben realizarse mamografía ³ .			

C5- ¿Conoce cómo se realiza el autoexamen de mama? Existen ciertos pasos a seguir. De acuerdo a estos, coloque una (X) en los recuadros según corresponda.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Observar frente al espejo las características de la mama y el pezón.			
2-Las mamas se pueden observar con los brazos caídos, manos en la cintura o detrás de la cabeza.			
3-Palpar sus mamas con la yema de los dedos en forma circular para buscar la presencia de tumores (bultos)			
4-Examinar y palpar las mamas por encima de la ropa interior.			
5-Colocar un brazo detrás de la nuca y con el otro revisar la mama opuesta, axila y luego cuello.			
6-Presionar el pezón para comprobar si sale alguna secreción.			

II Conocimientos sobre el autoexamen de mama.

CA1- Conocimiento que tiene sobre el autoexamen de mama: Concepto.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Examen que se debe realizar toda mujer periódicamente.			
2-Examen para detectar masas (tumores) o algo anormal.			
3-Sólo se lo deben de realizar mujeres en edad fértil.			

² Técnica exploratoria radiográfica que permite obtener imágenes radiológicas de una sección o un plano de un órgano.

³ Exploración radiográfica de las mamas de una mujer.

4-Se realiza mensualmente.			
5-Se realiza 8 días después de la menstruación.			
6-Es un examen necesario.			
7-Es bueno para evitar el cáncer.			
8-Se lo hace la mujer con las manos para tratar de encontrar bolitas.			

CA2- Influencia del personal de salud.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Si influyen positivamente.			
2-Si lo recomiendan.			
3-Dan charlas al respecto.			
4-No orientan por falta de tiempo.			
5-Muy poco a veces, no les interesa.			
6-Deberian difundir la información.			

CA3- ¿Para qué se realiza el autoexamen de mama?

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Para buscar alguna patología.			
2-Para detectar nódulos ⁴ , secreciones por el pezón y retracción ⁵ de la piel.			
3-Para detectar cáncer.			
4-Para detectar tempranamente patologías ⁶ .			
5-Para estar seguras de estar sanas.			
6-Para prevenir muertes por cáncer de mama.			

⁴ Masa de células redonda, abultada y dura de tejido que puede ser normal o patológica.

⁵ Reducción progresiva del volumen de un tejido.

⁶ Enfermedad física o mental que padece una persona

CA4- ¿Quiénes se deben de realizar el autoexamen de mama?

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Todas las mujeres.			
2-Sólo mujeres en edad fértil.			
3-Mujeres y hombres.			
4-Todas las mujeres a partir de 30 años.			
5-Mujeres mayores de 35 años.			
6-Solo mujeres con vida sexual activa.			
7-Toda mujer posmenopáusica ⁷ .			
8-Sólo las madres después de tener un hijo.			

CA5- ¿En qué momento se debe realizar el autoexamen de mama?

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Una vez después de la menstruación.			
2-Cada 3 meses.			
3-En cualquier momento cada 6 meses.			
4-Una vez al año.			
5-Diario.			
6-Ocho días después de la menstruación.			
7-En el baño.			
8-Acostada en la cama.			
9-Cuando siendo molestias en la mama.			
10-Cuando sienta dolor.			

⁷ Etapa iniciada a partir del último periodo menstrual.

CA6- Razones y beneficios para efectuarla.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Para detectar cáncer tempranamente.			
2-Para conocer tu cuerpo.			
3-Para saber si estás bien.			
4-Saber si tiene la enfermedad.			

CA7- Razones por las que no se realizan el autoexamen de mama.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
1-Por temor a tener algo anormal.			
2-Porque no saben cómo realizarlo.			
3-No le toman importancia.			
4-Por miedo y vergüenza.			
5-Porque piensan que es morboso.			
6-Falta de costumbre y actitud.			
7-Por pereza.			
8-Por olvido			
9-Factor cultural.			
10-Por miedo a que los padres te regañen.			
11-Porque los padres no te orientan.			
12-Por bajos recursos.			
13-Despreocupación.			
14-Por falta de tiempo.			

ACTITUDES ANTE EL AUTOEXAMEN DE MAMA.

Las siguientes afirmaciones están referidas al autoexamen de mama, lea cada una y marque con una (X) su respuesta en la columna respectiva. NO existe buena o mala. La mejor respuesta es la que proporcione con espontaneidad para alcanzar el objetivo de este estudio. Marque según su grado de acuerdo con las siguientes proporciones: TA: totalmente de acuerdo, A: de acuerdo, I: indeciso, DS: desacuerdo, TDS: totalmente en desacuerdo.

PROPOSICIÓN	TA	A	I	DS	TDS
1-Es bueno realizarlo.					
2-Yo me realizo el autoexamen de mama para protegerme de enfermedades.					
3-Me da vergüenza realizarlo.					
4-El autoexamen de mama me da muchos beneficios.					
5-Mi madre influye en la realización del autoexamen.					
6-Mi novio o pareja influye en la realización del autoexamen.					
7-Mis amigas influyen en la realización del autoexamen.					
8-El personal de salud influye en la realización del autoexamen.					
9-Me preocupa la aparición de tumores (bultos).					
10-Es un pecado realizarlo.					
11-Debo acudir al médico cuando encuentre algo anormal.					
12-La religión influye en la decisión de realizar el autoexamen.					
13-El grado de escolaridad influye en la realización del autoexamen.					
14-El examen me ayuda a detectar enfermedades malignas y benignas.					
15-Puedo acudir a un curandero para que me de masajes y					

remedios para curarme.					
16-Me da miedo realizar el autoexamen por lo que puedo encontrar.					
17-Me duele al realizarlo.					
18-A mi novio o pareja no le gusta que me toque mis senos.					
19-No tengo tiempo para realizarlo.					
20-Me da pereza.					
21-No me lo realizo, porque no tengo nada, no me va a salir nada.					
22-Se me olvida.					
23-No creo que sea importante.					
24-El personal de salud no me ha explicado sobre esto.					
25-No tengo dinero para realizarlo.					

ANEXO 2 Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA.

El siguiente documento tiene como objetivo informar las actividades que se realizarán en la Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal No.1 y obtener su consentimiento para que su hijo(a), participe o no en las actividades del “Programa de conocimientos sobre el cáncer de mama” que se realizarán en la presente institución.

La Universidad Autónoma del Estado de México a través de la Licenciatura en Educación para la Salud, tiene como propuesta realizar actividades de Educación para la Salud en la Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal No.1, ubicada en calle Feria de las flores, s/n Colonia Benito Juárez, del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México con clave estatal 15EBP0018W, en el turno vespertino en un solo grupo de la institución, en un horario de 12:00 pm. a las 13:00 pm sujetos a modificación de acuerdo a las necesidades que se presenten en la Institución, utilizando únicamente dos días de la semana en un período que comprende como inicio el mes de Noviembre y de termino al mes de Abril del presente año.

Debido a que parte de las actividades académicas de formación de los estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud, consiste en realizar un programa para la asignatura de seminario en instituciones de Educación.

El objetivo de dicha actividad es mejorar sus hábitos y estilos de vida de los alumnos de la EPOAN No.1, a través de una serie de actividades didácticas con temas de importancia para su edad, que les permita adquirir información importante y confiable en materia de salud, así como orientarlos en la toma de decisiones y responder dudas durante la actividad. Dentro de los temas que se abordaran sobre el Cáncer de Mama están los siguientes: autoexploración,

autocuidado, considerando relaciones afectivas, cambios biopsicosociales, autoestima, mitos y realidades, factores de riesgo, influencia del contexto social y familiar, entre otros temas de interés y de importancia para la comunidad estudiantil.

No habrá ningún beneficio y costo monetario a cambio de la participación de su hijo en estas actividades, ya que el único fin de este programa es el mejoramiento de sus estilos de vida para mejorar su entorno personal, familiar y social, recalcando que es de orden académico.

El programa que se realizará no representa riesgo alguno, ni efectos secundarios y/o negativos para el alumno, es importante aclarar que parte de este programa consta de la recolección de datos, evidencias y resultados, por lo que se tomarán fotografías, videos, grabaciones bajo una estricta actitud profesional para los datos de los alumnos participantes ya que el proyecto es solo con fines educativos y de investigación profesional.

En caso de que autorice su participación, se le informará y orientará acerca de los temas que se abordarán con los jóvenes así como resolver dudas durante el proceso de formación. En caso de que no autorice la participación del menor tiene la opción de retirarse de manera libre y voluntaria en cualquier momento, si así lo requiere, siempre y cuando avise para enviarle la carta de revocación y poder realizar estas actividades.

Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho programa, así como los beneficios directos e indirectos de su colaboración en el estudio, y entendido de que:

- ❖ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación.

- ❖ Puedo retirarlo del proyecto si lo considero conveniente a sus intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva.
- ❖ No haremos ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el proyecto.
- ❖ Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración.

Declaro que he leído y comprendido la información, así como resuelto dudas acerca de estas actividades educativas, se me ha explicado y me siento satisfecho con la información recibida y finalmente doy mi consentimiento para participar en dicho proyecto:

Doy consentimiento Si () NO ()

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Nombre del alumno o alumna: _____

Grado y Grupo: _____ Turno: _____

Firma del padre o tutor.

Firma del alumno o alumna.

Testigo 1 (nombre y firma)

Testigo 2 (nombre y firma).

ANEXO 3 Asentimiento informado.

ASENTIMIENTO INFORMADO (ALUMNOS)

Nosotros estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal No.1 grado grupo _____ en el turno _____. Firmamos de enterados y de acuerdo con las actividades que los estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud y sus respectivos responsables realizarán en nuestro plantel Educativo. Cabe mencionar que aunque firmemos de acuerdo, queda pendiente nuestra autorización final para participar o no, por parte de nuestros padres una vez brindada la información y objetivos de dichas actividades, ya que somos menores de edad.

No.	Nombre y firma del alumno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	

19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

MANUAL DE INTERVENCIÓN.

Universidad Autónoma del Estado de México
Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud

Manual de Intervención Educativa
“PREVISA”
Prevención y vida saludable en el CaMa.

Alumna:

María Eugenia Pantaleón García

Asesor:

Dr. Manuel Leonardo Ibarra Espinosa.

2016

MANUAL DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

“PREVISA”

Prevención y vida saludable en el CaMa.

Introducción.

El manual de intervención educativa, prevención y vida saludable “PREVISA” está diseñado para alumnos de una institución educativa del Estado de México, municipio de Nezahualcóyotl.

Tiene por objetivo educar a los adolescentes sobre la prevención de cáncer de mama por medio de la autoexploración, considerando relaciones afectivas, cambios biopsicosociales, autoestima y autocuidado con la finalidad de fomentar la cultura de la prevención y así disminuir los casos de incidencia sobre cáncer de mama.

Objetivos:

General:

Elevar el nivel de conocimiento de los grupos seleccionados sobre la detección precoz del CaMa por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en la población.

Específicos:

Conocer los pasos para una autoexploración exitosa.

Identificar los factores de riesgo y factores protectores del CAMa.

Reconocer la anatomía de la mama para saber la ubicación donde aparecen los tumores mamarios.

Reproducir el autocuidado en la familia para prevenir.

Distinguir entre los mitos y la realidad sobre el CaMa,

Reconocer la importancia de la familia en la reproducción del autocuidado.

SESIÓN 1

¿QUIÉN SOY Y QUE HAGO AQUÍ?

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Cañón, diapositiva, letrero, sillas.

Objetivos:

1. Presentación del facilitador con los participantes.
2. Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.
3. Explicar la finalidad del programa PREVISA hacia la prevención.

Actividad 1: Presentación del facilitador, establecimiento de las reglas del programa.

Materiales: Letrero, marcadores, sillas, una diapositiva con el nombre del programa y la leyenda de “BIENVENIDOS AL PROGRAMA PREVISA”. (Anexo 1)

Objetivo: Identificar al facilitador y conocer el programa en el que participaran.

Tiempo: 10 minutos.

El facilitador se presentó con los participantes:

Buenos días alumnos, mi nombre es (nombre del facilitador), el día de hoy daremos inicio al programa de prevención de CaMa llamado PREVISA en el cual veremos temas como: anatomía del seno, factores de riesgo, síntomas de alerta, conoce tu cuerpo, conductas diarias, mitos y realidades. Todos estos temas los veremos en varias sesiones en donde se les dejarán actividades que harán en su casa. Para fortalecer los conocimientos que tienen.

El objetivo de este programa es fomentar la prevención de cáncer de mama, además de fomentar el autocuidado en cada uno de ustedes. Antes de empezar les pediré que pongamos las reglas para que este programa llegue a un buen término y todos estemos de acuerdo.

Actividad 2: Presentación de los participantes.

Materiales: Sillas y aula.

Objetivo: Conocer a los participantes.

Tiempo: 20 minutos.

Esta actividad la lleve a cabo por medio de la técnica “Presentación cruzada”, en la cual se le indicó al grupo que intercambiara información de pareja durante 3 o 4 min. Luego cada miembro de cada pareja presenta desde su lugar al otro integrante de la misma.

Pondremos las sillas en un círculo para llevar a cabo nuestra dinámica de presentación la cual se llama “presentación cruzada”, en esta dinámica necesito que se sienten. A sus compañeros con los que trabajarán (compañero de mi lado izquierdo) en esta dinámica le van a preguntar: ¿Cuál es tu nombre? ¿Qué te es lo que te gusta hacer en tu tiempo libre? ¿Qué quieres estudiar después de terminar la preparatoria? ¿Porque decidieron ser participantes del programa? ¿Qué es lo que esperas de este programa?

Una vez pasado los 2 minutos se les dirá lo siguiente:

Cambio de compañero. Al cual le harán las mismas preguntas, una vez pasado los otros 2 minutos, el facilitador dirá. *Tiempo terminado. ¿Quién quiere pasar a presentar a su compañero?,* si nadie quiere pasar, entonces el facilitador escogerá a un alumno al azar y le pedirá que pase a presentar a su compañero y así sucesivamente hasta que todos los participantes pasen.

Actividad 3: Manos a la obra

Lugar: Aula.

Material: Ninguno

Objetivo: Explicar a los participantes la actividad que tendrán que llevar a cabo.

Tiempo: 5 minutos.

Por hoy fue todo, pero antes de irnos les voy a dejar que piensen en un sobrenombre con el que ustedes se sientan identificados, el cual me tendrán que decir la próxima sesión que será el día ____ a las _____. Ahora si muchas gracias por su presencia y nos veremos en la siguiente sesión.

El facilitador se despide de los directivos y le da las gracias, sin antes pedir de favor que le faciliten una copia de la lista de los alumnos que estarán en la implementación del programa, avisar y notificar la próxima fecha de la siguiente sesión.

SESION 2:

HAS OÍDO DE MI, ¿PERO SABES QUIÉN SOY?

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Cañón, diapositiva, letrero, sillas.

Objetivos:

1. Mostrar aspectos del CaMa.

2. Definir el concepto.

Actividad 1: Yo me quiero llamar....

Lugar: Aula

Objetivo: Conocer a los participantes por su sobrenombre.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Una lista con los nombres de los participantes. (Anexo 2)

En esta actividad se hará revisión de la actividad manos a la obra la cual se les dejó en la sesión pasada.

Buenos días, como se encuentran hoy.... Se pedirá a 5 participantes que indiquen como se encuentran el día de hoy. Muy bien chicos entonces daremos inicio a la orden del día. Solo que antes de que iniciemos, les mencionaré la primera regla de esta sesión la cual es “el respeto” hacia sus compañeros ya que cada uno pasará a decir su sobrenombre y esta se debe de llevar a cabo con respeto y seriedad. Podría pasar uno de ustedes a decir su sobrenombre y también decirnos porque lo eligió. En todo caso que nadie se sienta con la confianza de pasar, el facilitador se tapaná los ojos y señalará con su dedo a un participante, este será escogido al azar y el participante que el facilitador escogió, mencionará a otro compañero para que pase, esta actividad será una cadena la cual terminará hasta que todos los integrantes hayan pasado.

Durante la presentación de cada uno de los participantes, el facilitador llenará la lista de los participantes con el sobrenombre que cada uno escogió, para tener un mejor control y no usar los nombres de los participantes. *Como todos hemos pasado, demos un aplauso a todos. Tengan muy presentes su sobrenombre porque este sobrenombre lo utilizaremos durante la implementación del programa.*

Actividad 2: ¿Dónde me refugio y que partes forman parte de mí?

Lugar. Aula

Objetivo: Identificar la anatomía de la glándula mamaria.

Tiempo. 2 minutos.

Materiales. Rompecabezas con la imagen de las partes de la glándula mamaria.
(Anexo 3)

El facilitador hará equipos con los participantes para entregar a cada equipo conformado un sobre en el cual vendrán las piezas que tendrán que armar sobre la anatomía de la glándula mamaria.

Como hoy veremos lo que es el CaMa y también en que parte de la glándula mamaria se sitúa, se les entregará un sobre en el cual ustedes tendrán que armarlo para dar inicio a la explicación.

Actividad 3: Definir que es el cáncer de mama.

Lugar. Aula

Objetivo: Explicar lo que es el CaMa y la localización del mismo.

Tiempo. 10 minutos.

Materiales. Una presentación en power point con la anatomía de la glándula mamaria.

El facilitador explicará la anatomía de la glándula mamaria.

El CaMa es una enfermedad de salud pública a nivel mundial. El CaMa es la neoplasia (Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos) más frecuente en las mujeres a nivel mundial aunque puede presentarse en hombres, la proporción es de 1 caso por 100 mujeres.

La cual se manifiesta por medio de una bolita en el seno, aunque cabe aclarar que no todas las bolitas que sentimos en el seno, son tumores malignos o que estén relacionados con CaMa, ya que también pueden ser abscesos de grasa o tumores benignos, este comienza en los tejidos mamaros y existen dos tipos principales:

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

El carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.

El facilitador hará una pausa y pedirá a 2 participantes que den su opinión o digan que es lo que ellos saben acerca del CaMa.

Ahora es momento de que dos de ustedes me digan que es lo que opinan o saben acerca del CaMa. Una vez que los 2 participantes den su opinión el facilitador seguirá con los pasos para la autoexploración.

Actividad 4: Pasos para la autoexploración.

Lugar. Aula

Objetivo: Practicar la autoexploración

Tiempo. 10 minutos.

Materiales. Cañón, laptop y video llamado “Cáncer de mama - tócate y cuídalas - Cómo hacerse un autoexamen mamario”. (Anexo 4)

El facilitador dará paso a la explicación de los pasos para una autoexploración exitosa.

Ahora que ya conocemos las partes de la glándula mamaria, pasaremos a ver un video titulado “Cáncer de mama – tócate y cuídalas – Cómo hacerse un autoexamen mamario”. Al término del video el facilitador pedirá a 2 alumnos que muestren como es la técnica de la autoexploración ayudándose de prototipos del seno y les preguntará a los participantes si tienen alguna duda.

Si no existiera ninguna duda por parte de los participantes el facilitador dará las indicaciones para la actividad que se les dejará, la cual entregarán en la próxima sesión. *Puesto que todas las dudas fueron aclaradas, pasáramos a la siguiente actividad y ultima por el día de hoy.*

Actividad 5: Manos a la obra.

El facilitador les explicará la actividad. *Para la próxima sesión me traerán una descripción de ustedes, será para entregar en una hoja blanca, del lado derecho superior de la hoja anotaran su sobrenombre y en la hoja escribirán como son ustedes tanto físicamente como sentimentalmente.* El facilitador dará las gracias a los participantes por su asistencia. *Gracias por su asistencia y nos veremos en la próxima sesión.*

SESIÓN 3:

¿QUÉ HAY DETRÁS DE MI IDENTIDAD?

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Sillas, cañón, laptop y esquema de factores asociados al aumento o disminución de desarrollar CaMa, retomado de la OMS y la imagen de un semáforo.

Objetivos:

1. Explicar los factores de riesgo.
2. Identificar los factores de riesgo más frecuentes.

Actividad 1: ¿quién y cómo soy?

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: sillas.

Objetivo: Conocer un poco más a los participantes.

El facilitador saludará a los participantes los cuales estarán sentados formando un medio círculo para poder dar inicio a la sesión. *Buenos días, que tal les fue el fin de semana, espero que se hayan divertido, descansado muy bien. El día de hoy empezaremos revisando la actividad que se les dejó la sesión pasada.*

El facilitador pedirá a uno de los participantes que diga que fue lo que vieron y la actividad que se les dejó. *Pero antes de empezar quien quiere hacer un repaso de lo que se vio en la sesión pasada y también que me diga cuál fue la actividad que se les dejó para el día de hoy.* El chico que diga el repaso escogerá a un compañero para que diga su descripción, una vez que el termine, escogerá a otro compañero para que pase y así sucesivamente hasta completar 4 descripciones de los participantes.

Ahora ya teniendo un recuento de los que se vio, su compañero escogerá a un compañero para que nos comparta su descripción, acuérdense de que debemos de tener respeto hacia el compañero que estará hablando, una vez que el participante termino, el facilitador dirá. Ahora tú escoge a un compañero para que

nos haga el favor de compartir su descripción y por hoy solo escucharemos a 4 participantes.

Actividad 2: Factores de riesgo.

Lugar: Aula

Objetivo: Reconocer los factores de riesgo del CaMa

Tiempo: 15 minutos

Materiales: Cañón, laptop y esquema de factores asociados al aumento o disminución de desarrollar CaMa, retomado de la OMS (Anexo 5).

El facilitador se auxiliará del esquema para explicar los factores de riesgo y los factores protectores del CaMa. Pero antes les preguntará a los participantes cual es la diferencia entre un factor de riesgo y un factor protector, esto se hará por medio de la dinámica “Amigo secreto” la cual consiste en que cada integrante escogerá una pareja a la cual le dirá lo que él piensa que es un factor de riesgo y el otro compañero le dirá su opinión sobre lo que es un factor protector.

Se seleccionará a 5 parejas, las cuales serán escogidas por la pelota indiscreta. Esta pelota que será de esponja, el facilitador la aventará a una pareja para que dé su opinión.

A continuación ustedes formarán parejas, estas parejas estarán conformadas por compañeros a los que casi no les hablemos. Uno de ustedes dirá lo que es un factor de riesgo al otro compañero, y el otro compañero dirá lo que es un factor protector para esta actividad tienen 2 minutos.

Una vez que ya se cumplieron los 2 minutos el facilitador dirá: *ahora es momento de que la pelota indiscreta escoja a las 5 parejas que compartirán con nosotros sus opiniones.* Ya que las 5 parejas pasaron el facilitador dará inicio a la explicación del tema en el cual dirá:

La dieta hipercalórico: que es rica en grasas animales y pobre en fibras, la obesidad postmenopáusica, así como el sedentarismo, aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama.

Peso Corporal y Dieta: El riesgo es directamente proporcional al peso corporal relativo y se asocia con una probabilidad mayor de incidencia de 1,5 a 2 veces.

El consumo de bebidas alcohólicas: está claramente asociado a un aumento en el riesgo de padecer cáncer de seno. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo. Antecedentes Médicos y Familiares: El riesgo de desarrollar un segundo carcinoma en una misma paciente, aumenta 6 veces su número de posibilidades que en el resto de la población.

Factores hormonales como la menarquia precoz: (primera regla) a edad temprana y la menopausia tardía. La ausencia de embarazo o tener el primer embarazo a una edad avanzada (después de los 30 años) son también factores de riesgo bien conocidos.

Factores protectores:

Embarazo temprano: las concentraciones de estrógeno son más bajas en el embarazo. Las mujeres con un embarazo a término antes de los 20 años tienen un riesgo más bajo de cáncer de mama que quienes no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 35 años.

Hacer suficiente ejercicio: Las mujeres que hacen ejercicio por cuatro horas o más a la semana tienen un riesgo más bajo de cáncer de mama. El efecto del ejercicio en el riesgo de cáncer de mama puede ser mayor en las mujeres premenopáusicas con peso corporal normal o bajo

Lactancia: las concentraciones de estrógeno permanecen más bajas mientras la mujer amamanta. Las mujeres que amamantan tienen un riesgo más bajo de cáncer de mama que quienes tuvieron hijos, pero no los amamantaron.

Después de explicar los factores de riesgo y protectores dará paso a los síntomas, esto será por medio del video llamado "Cáncer de mama, síntomas y señales de alerta". El cual sintetizará la información de los síntomas, les preguntará a los participantes si quedo alguna duda sobre el video.

Ahora les pregunto tienen alguna duda sobre los factores de riesgo y protectores del CaMa. Si no hay ninguna duda pasaremos a la actividad manos a la obra.

Actividad 3: manos a la obra. "semáforo de la importancia"

Materiales: copias de la imagen de un semáforo (Anexo 7)

El facilitador dará las indicaciones para el esquema que en este caso será un semáforo en el cual ellos iluminarán de acuerdo a los colores del semáforo real, una vez ya iluminado pondrán de mayor a menor los factores de riesgo y los síntomas según su criterio propio y la importancia que ellos le den.

La actividad que se les dejará es que en la hoja que se les entrego, la cual trae la figura de un semáforo, ustedes coloreen los círculos con los colores del semáforo real, una vez iluminado ustedes tendrán que acomodar de mayor a menor los factores de riesgo y síntomas según su criterio de cada uno de ustedes, claro empezando con los de mayor importancia por el color verde, menos importancia pero que debemos de tomar en cuenta en el color amarillo y los que no toman en cuenta de color rojo.

SESIÓN 4:

FAMILIA, CONTEXTO Y CaMa.

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Las hojas que los participantes entregarán.

Objetivos:

1. Identificar la influencia que tiene la familia en el tema de CaMa.
2. Integrar a la familia en la prevención sobre el CaMa.
3. Explicar cómo el contexto influye en la prevención.

Actividad 1: Revisión de manos a la obra.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Las hojas que los participantes entregarán.

El facilitador pedirá a los participantes que le entreguen su semáforo, una vez que el facilitador tiene todas las hojas, tomará al azar 3 hojas y dirá el sobrenombre, los dueños de las hojas pasarán y explicarán el motivo por el cual acomodaron los factores.

Buenos días, a continuación pasaremos a recoger las hojas de los semáforos, (ya teniendo todas), ahora escogeré 3 hojas al azar, los dueños de las hojas pasarán al frente y me explicarán sus razones para acomodar los factores como lo hicieron. Una vez que los 3 compañeros hayan pasado el facilitador dirá: cómo podemos darnos cuenta cada uno de nosotros tenemos diferentes formas de visualizar un problema y por lo tanto no pensamos, ni nos preocupamos y mucho menos respondemos ante una situación de la misma forma. Después de esto daremos paso al tema que hoy tenemos que abordar.

Actividad 2: Importancia de mi familia.

Lugar: Aula

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: 2 papelitos, presentación de un mapa mental en power point (Anexo 8).

Objetivo: Identificar la influencia que tiene la familia en el tema de CaMa.

El facilitador antes de que entren los participantes, pondrá 2 papelitos en 2 sillas las cuales serán escogidas al azar, una vez que los participantes entren, el dará una pequeña introducción del papel de la familia a los participantes. Haciendo estas 2 preguntas *¿Porque creen que la familia es la pieza más importante en nuestra educación?, y ¿ellos tendrán que ver con nuestra responsabilidad de cuidarnos?* Los participantes que responderán estas preguntas serán los que están sentados en las sillas donde el facilitador pego los papeles.

Una vez que los participantes contestaron el facilitador dará paso al tema: *La familia tiene un papel determinante en el proceso salud-enfermedad. Ya que es en este núcleo donde aprendemos valores, conductas, actitudes, conocimientos hábitos que pueden afectar positiva o negativamente en nuestra salud, como llevar a cabo la prevención en nuestra vida diaria.* El facilitador hará la siguiente pregunta al azar. *¿Qué te ha dicho tu familia sobre el CaMa?* A continuación dará su punto de vista de acuerdo a las respuestas de los participantes.

El CaMa es una enfermedad que creemos que no nos pasara y por lo tanto no tomamos en cuenta lo que los médicos o medios de comunicación mencionan, esto desde el punto de inicio que es la familia. Pero en el contexto, la información que tenemos muchas de las veces se llegan a difundir de la manera incorrecta.

El facilitador mencionará que el CaMa es visto como: *un castigo de Dios, en nuestra sociedad donde todavía está presente el patriarcado, donde no es bien visto que los jóvenes como ustedes y en especial las mujeres se toquen los senos por los tabús que todavía están presentes, sin tomar en cuenta que este es solo el principio de lo que podría prevenir CaMa.*

Actividad 3: Manos a la obra.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: hojas bancas

Objetivo: Involucrar a la familia en el tema de CaMa.

El facilitador explicará lo siguiente: *en la hoja que se les está entregando, cada uno de ustedes le pedirá a sus papas que den su opinión sobre el CaMa.*

SESIÓN 5:

REENCUENTRO CON MI CUERPO.

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Las hojas que los participantes entregarán.

Objetivos:

1. Reconocer la importancia de nuestro cuerpo.
2. Distinguir lo que me gusta y no y el porqué.

Actividad 1: Mi aportación es importante.

Lugar: Aula.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: 10 globos, música, bocinas, laptop.

Objetivo: Conocer el punto de vista de los padres y de los participantes.

El facilitador pedirá a los participantes que lean los comentarios que sus padres sobre el CaMa, la forma en que se llevará a cabo esta actividad será de la siguiente manera: la técnica es “La Papa Caliente”, se les entregará a uno de los participantes un globo inflado en la mano, se pedirá que lo circulen al ritmo de la música, en el momento que la música se pare, el participante que tenga el globo en sus manos leerá el comentario que sus padres hicieron, así sucesivamente, hasta que los 10 globos se acaben.

Este día leeremos los comentarios de sus papás por medio del juego conocido como “la papa caliente” la cual consiste en lo siguiente: les entregaré un globo, lo tendrán que circular al ritmo de la música, en el momento que la música se pare, el participante que tenga el globo en sus manos leerá el comentario que sus padres hicieron, así que comencemos.

Actividad 2: ¿Por qué es importante mi cuerpo?

Lugar: Aula.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Pizarrón, plumones, power point, cañón, laptop, hojas blancas.

Objetivo: Explicar la importancia del cuerpo de cada uno.

El facilitador iniciará la sección con una lluvia de Ideas. En la cual pedirá que ellos pasen a escribir al pizarrón ¿porque ellos consideran que su cuerpo es importante? En la hoja que se les entregará con la silueta de un cuerpo, ellos tendrán que escribir que es lo que les gusta y disgusta de su cuerpo (Anexo 9). Después de haber terminado la lluvia de ideas, el facilitador dará paso a la explicación por medio de una presentación. *Daremos inicio a una lluvia de ideas, en la cual cada uno de ustedes tendrá que pasar al pizarrón a escribir ¿porque ustedes consideran importante su cuerpo? Para dar inicio con la presentación del tema* (Anexo 10).

Actividad 3: Mis cambios y yo.

Lugar: Aula.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Power point, cañón, laptop.

Objetivo: Relacionar los cambios biopsicosociales por los que están pasando o ya pasaron con la prevención.

El facilitador explicará los cambios por lo que pasan, para poder terminar la sesión del día de hoy. *Los cambios por los que ustedes están o pasaron y que parte de ellos determinan la personalidad que ustedes tienen ahorita.* Esta explicación la hará el facilitador por medio de pequeños esquemas (Anexo 11). Que contendrá la siguiente información.

Físicos

- Crecimiento acelerado.
- Aumento de peso.
- Cambio de voz, entre otros.

Desarrollo sexual.

- Cambios en el cuerpo.
- Sensaciones que no conocen.
- Interés por conocer su cuerpo y el del sexo opuesto.

Psico-emocionales

- Ocurre una crisis de identidad.
- Búsqueda para definir su identidad y personalidad.

- Están centrados en sí mismos.
- Piensan que todo el mundo los está mirando y hablando de ellos.
- Cambios continuos de estados de ánimo; se vuelven irritables, tensos, ansiosos y sensibles.
- Su comportamiento es difícil de entender.

Sociales

- Los padres dejan de ser los personajes principales en sus vidas.
- Buscan la aprobación de sus pares.
- Se esfuerzan por ser atractivos para los demás.
- Los amigos se convierten en las personas más importantes.

Intelectuales

- Comienzan a pensar de forma más abstracta y reflexiva.
- Decae el rendimiento académico, pues hay reducción en el interés por el aprendizaje y aumento por las actividades sociales.

Otras características

- Son impulsivos.
- Temen “hacer el ridículo”, por lo que evitan sobresalir frente a los demás, (principalmente frente a los adultos).
- Son desordenados.
- Les gustan las experiencias excitantes y peligrosas (son temerarios).
- Les gusta llamar la atención frente a sus amigos.

Actividad 4: Manos a la obra.

Lugar: Aula.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Hojas blancas.

Objetivo: Relacionar nuestra perspectiva con la influencia que tiene nuestra familia y el contexto.

El facilitador explicará lo siguiente: *ahora que nosotros hemos distinguido lo que nos gusta y disgusta de nosotros, tendrán que explicar si lo que ustedes plasmaron en la hoja es desde su perspectiva o alguien ha influido en su forma de*

verse y pensar. Con esto nos despedimos por el día de hoy y la próxima sesión espero su opinión. Muchas gracias! Y nos vemos la próxima sesión.

SESIÓN 6:

AMISTAD Y FELICIDAD.

Lugar: Aula

Tiempo: 50 minutos.

Materiales:

Objetivos:

1. Fortalecer los lazos afectivos, comunicación asertiva y autoestima.
2. Reconocer como influye el contexto en nuestra percepción.
3. Describir la importancia de la comunicación asertiva y el tener una mejor convivencia.
4. Identificar el tipo de relación afectiva que establecemos en nuestro entorno.
5. Asociar nuestra perspectiva con la que la sociedad tiene de nosotros.

Actividad 1: Resaltando mis cualidades.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Hojas blancas

Objetivo: Reconocer si mi personalidad está determinada por mi contorno o no.

El facilitador pedirá a 2 voluntarios que expresen lo que escribieron en su hoja y que se les dejen como actividad. Y si nadie pasa él los escogerá al azar. *Hola empezaremos hoy la sexta sesión, por lo que espero que hayan traído lo que se les dejó la sesión pasada, pero antes de empezar alguien me puede decir que es lo que se les dejó.*

Si no le contestan el escogerá un sobrenombre de la lista y el tendrá que dar la introducción. *Visto que no quieren pasar veré la lista y al azar escogeré un sobrenombre el cual me dirá lo que pedí para esta sesión.*

Una vez explicado, pasarán los 2 participantes a decir lo que escribieron, una vez terminado el facilitador dará inicio al tema de esta sesión. *Muchas gracias por participar, ahora daremos inicio al tema de hoy.*

Actividad 2: Aprendiéndome a conocer.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Sillas, pizarrón y marcadores.

Objetivo: Establecer una comunicación asertiva y tener una mejor convivencia.

El facilitador empezará la exposición con la dinámica “me pica” y la explicará. *Como están, espero que muy bien, para llevar a cabo la dinámica llamada “me pica”, la cual consta en que cada uno de ustedes dirá su nombre y una parte de su cuerpo que le pica sin que se repita, pero como en todas las dinámicas hay una regla, en esta la regla es, que el participante que repita una parte del cuerpo tendrá que presentar a uno de sus compañeros y así sucesivamente, así que pónganse listos e iniciamos.*

Después del término de la dinámica el facilitador pedirá a los participantes lo siguiente: *ahora que el estrés ya es menor vamos a dar paso a la lluvia de ideas, en la cual ustedes pasarán y escribirán una palabra que ustedes la relacionen con la autoestima.* Ya que todos hayan pasado entonces se dará paso a explicar el concepto de autoestima (Anexo 12).

Actividad 3: Mi relación con los demás.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Sillas, hojas de cuaderno.

Objetivos:

1. identificar el tipo de relación afectiva que establece con su familia y amigos.

El facilitador iniciará dictando las siguientes preguntas. *En esta sesión necesito que contesten unas preguntas que están en la hoja que les estoy pasando. (Anexo 13). Cuando hayan terminado daremos paso a la exposición del tema de hoy.* Una vez que hayan terminado de contestar el cuestionario el facilitador dará paso a la exposición. En la cual dirá lo siguiente: *bueno a empezar se ha dicho,.....*

Actividad 4: Comunicación asertiva.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Sillas, hojas de cuaderno.

Objetivo: Identificar el tipo de relación afectiva que establece con su familia y amigos.

El facilitador pedirá lo siguiente: *Para esta actividad tendrán que conformar equipos de 5 integrantes. Una vez integrados los equipos el facilitador pedirá que pase un representante de cada uno para que escojan la temática del socio drama. Como ya están integrados los equipos les pediré que pase un integrante de cada equipo para que vean cual temática (Anexo 14) les tocará, en la cual tendrán que actuar la situación que les toque, les aviso que solo hay 2 papелitos con tema y esos serán los equipos que pasarán.*

Una vez que los equipos hayan pasado el facilitador dará la siguiente instrucción. *Ahora nos toca a los demás dar nuestra opinión por medio de la siguiente pregunta: ¿Consideran que el papel que tomo cada uno y su respuesta a la temática fueron la mejor o no y porque?*

En esta ocasión el facilitador solo escogerá 5 opiniones para cada equipo del socio drama. La explicación que el facilitador dará al final será basada en las actuaciones de los participantes y la información será retomada del siguiente libro. Gispert, C. (2008). Psicología para todos. España. Océano.

Actividad 5: Manos a la obra.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Hoja con corazones.

Objetivo: Identificar lo que otros ven de nosotros.

El facilitador les explicará la actividad que llevarán a cabo para entregar la próxima sesión. *A continuación y para terminar se les entregará una hoja la cual tiene 4 corazones que deberán de llenar (Anexo 15).*

Lo harán de la siguiente manera. Los 2 primeros corazones serán llenados por 2 compañeros, con los que casi no nos hablamos y les pediremos a cada uno que ponga una cualidad de nosotros al igual que el otro compañero, los últimos 2 corazones los llenaran nuestros papás, poniendo cada uno de ellos una cualidad nuestra, al final cuando los corazones estén llenos, ustedes los adornaran como quieran y la traerán la próxima sesión.

Bueno por hoy es todo y que tengan un lindo día, nos vemos pronto.

SESIÓN 7:

LA ISLA DE LOS PENSAMIENTOS PARA REDUCIR LOS RIESGOS DEL CaMa.

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Música, bocinas, laptop.

Objetivos:

1. Relacionar las conductas que practicamos diariamente con los factores de riesgo.
2. Reconocer la importancia de cuidar nuestro cuerpo.
3. Identificar que conductas que nos permitan tener una mejor calidad de vida.
4. Conocer lo que la familia opina sobre el CaMa.

ACTIVIDAD 1: Revisión de mi trébol.

Lugar: Aula

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: La hoja con los corazones en forma de trébol.

Objetivo: Reconocer que somos importantes y por lo tanto debemos cuidarnos.

El facilitador pedirá la opinión de 10 participantes, los cuales dirán lo que en su trébol pusieron y les preguntará si ellos imaginaban que sus compañeros y papás pondrían en el trébol y el porqué de su respuesta. *Como siempre daremos inicio a la sesión con la revisión de la actividad de los corazones, quiero que compartan con sus compañeros lo que su trébol dice, necesito a 10 voluntarios.* Una vez terminada la participación el facilitador dará paso a la siguiente actividad.

ACTIVIDAD 2: ¿Mis conductas favorecen a la prevención?

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Música, bocinas.

Objetivo: Identificar que conductas me benefician y cuales puedo modificar para bien.

El facilitador pondrá música instrumental mientras da las indicaciones. *Esta vez pondré música para que se relajen, mientras ustedes piensan que conductas les*

favorecen para llevar a cabo la prevención del CaMa ya que en sesiones pasadas vimos los factores de riesgo y protectores. Si en todo caso ustedes desean volver a ver el esquema háganmelo saber, tienen 3 minutos para pensar en sus conductas.

Una vez pasado el tiempo el facilitador dirá lo siguiente, *para esta actividad llevaremos a cabo la dinámica “llego carta para” la cual consiste en que nos sentaremos en nuestras sillas y formaremos un cuadrado, yo diré “llego carta para” los que tienen lentes, y todos lo que tengan lentes tendrán que cambiar de lugar y el ultimo en sentarse, nos dirá si sus conductas, hábitos y estilos de vida están dirigidos a la prevención, se tomarán 20 participaciones.* Cuando la actividad termine el facilitador dará paso a la siguiente actividad.

ACTIVIDAD 3: Manos a la obra.

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Sillas.

Objetivo: Conocer más a fondo lo que su familia piensa del CaMa.

El facilitador pedirá lo siguiente. Ustedes ya tienen noción de los factores protectores y de riesgo, la autoexploración, ahora ustedes pedirán a sus familiares que les digan que es lo que ellos saben del CaMa, ¿quién les dio la información sobre el tema? Y también como ellos llevarían a cabo la prevención. Esto será en una hoja ya que me lo entregarán, también traerán un mito que ustedes hayan oído sobre el cáncer de mama.

Por hoy es todo que tengan un día lleno de alegría.

SESIÓN 8:

MITOS Y REALIDADES.

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Una caja de cartón forrada.

Objetivos:

1. Conocer los mitos y realidades más frecuentes sobre el CaMa en la sociedad.
2. Identificar la información que tiene la familia respecto al CaMa.
3. Reconocer los mitos y las realidades que hay sobre el CaMa.

Actividad 1: Mi familia y el CaMa

Lugar: Aula

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Las hojas que contienen la opinión de la familia referente al CaMa.

Objetivo: Identificar que tanta información tienen los familiares sobre el CaMa.

El facilitador pedirá lo siguiente. *Cada uno de ustedes intercambiará con un compañero lo que su familia les dijo sobre lo que saben del CaMa y el compañero tendrá que decir lo que ustedes le dijeron pero solo usando 4 palabras y quien ocupe más palabras tendrá que jugar verdad o reto, el participante dirá un número al azar y dirá si quiere izquierda o derecha y la persona que ocupe ese lugar será la que le pondrá el reto al participante que perdió.*

Actividad 2: Mitos y realidades.

Lugar: Aula

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Una caja de cartón forrada.

Objetivo: Reconocer cuales son mitos y cuáles son las realidades que hay sobre el CaMa.

El facilitador, indicará lo siguiente. *Cada uno de ustedes pasará y pondrá dentro de la caja el mito que trajo. Una vez que cada uno puso su mito daré paso a la presentación donde se expondrán los mitos más oídos del CaMa (Anexo 16) y en cada uno de ellos ustedes me dirán si consideran que es una realidad o no y porque.*

Una vez terminada la explicación dirá si los mitos vistos en la presentación son los que ellos escribieron, y para dar paso a la siguiente actividad el facilitador dirá lo siguiente: *como saben los mitos son cosas irreales, entonces esta caja, junto con sus papelitos será sellada y me la llevaré ya que los mitos no son reales.*

Actividad 3: Manos a la obra.

El facilitador mencionará lo siguiente: *ahora en una hoja que dividiremos en 2 partes, de lado derecho pondremos los mitos y del lado izquierdo las realidades según nuestro criterio y por lo explicado en la sesión.*

Nuestra familia, cada integrante nos dirá un mito sobre el CaMa y nosotros decidiremos de qué lado de la hoja ponerlo. Así que si no hay ninguna duda es todo por hoy.

SESIÓN 9:

LO LOGRASTE! AHORA A ECHARLE MUCHAS OJO A LA PREVENCIÓN.

Lugar: Aula

Tiempo: 40 minutos.

Materiales: Una caja, papelitos, globos.

Objetivos:

1. Recordar lo que se explicó durante el programa.
2. Relacionar los mitos que la familia ha escuchado sobre el CaMa.
3. Identificar las temáticas que podemos reforzar para mejora del programa.
4. Fortalecer los lazos afectivos.

Actividad 1: Revisión de la sesión pasada.

Lugar: Patio de la preparatoria

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: La hoja que los participantes trae.

Objetivo: Relacionar los mitos dados en la sesión con los que la familia ha escuchado sobre el CaMa.

El facilitador dibujará en el suelo un círculo para usar la dinámica de “Declaro la guerra en contra de mi peor enemigo que es” esta dinámica es con el objetivo de que el participante que pierda comparta los mitos que su familia les dijo con los demás participantes.

El facilitador dirá lo siguiente, *¿Quién de ustedes ha jugado “declaro la guerra en contra de mi peor enemigo que es....”?, entonces daré una explicación, cada uno de ustedes tendrá que ponerse el nombre de una enfermedad que no se repita y decirla en voz alta, para que su compañero que empieza sepa que nombre dirá.*

Por ejemplo yo empiezo diciendo “Declaro la guerra en contra de mi peor enemigo que es diarrea”, entonces diarrea tendrá que llegar al centro del círculo mientras los demás corremos y el escogerá a uno de sus compañeros y dirá a cuantos pasos está alejado diarrea de él, y si el participante no le atina entonces el tendrá que leernos los mitos que su familia le dijo y así sucesivamente, para esta dinámica solo serán 10 rondas.

Actividad 2: El tema más interesante.

Lugar: Aula.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Hojas de color rojo y blanco.

Objetivo: Identificar el tema que más les intereso y el que les disgustó.

El facilitador les explicará la actividad así: *se les entregará un cuadro de color rojo y uno blanco, en el cuadro rojo pondrán el nombre de la sesión que les disgustó y me dirán porque, y en el cuadro de color blanco el tema de la sesión que más les gustó y el porqué. Esto con la finalidad de mejorar las temáticas.*

Una vez acabada esta actividad el facilitador recogerá las hojas las guardará en una bolsa, ya que serán leídas por el facilitador en su casa y pasará a la siguiente actividad.

Actividad 3: Manos a la obra.

Lugar: Aula.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: Sillas.

Objetivo: Fortalecer los lazos afectivos.

El facilitador explicará la actividad. *Cada uno de ustedes traerá un detalle para cada compañero al cual le quiera dar un obsequio, estos pueden ser hechos por nosotros mismos, puede ser un dulce, una frase, poema, canción o simplemente una frase de ánimo. Quedan prohibidas las frases ofensivas.*

Cada obsequio que ustedes traigan tendrá que llevar el nombre de la persona a quien va dirigido. Estos se recogerán en la entrada, antes de empezar la sesión. Así que por hoy se pueden ir y los espero la próxima sesión.

SESIÓN 10:

CIERRE DEL PROGRAMA.

Lugar: Patio trasero, a un lado de la dirección.

Tiempo: 5 minutos.

Materiales: Caja forrada del color de su preferencia.

Objetivos:

1. Reconocer el apoyo de los participantes y las autoridades de la institución.
2. Llevar a cabo la recolección de los detalles de cada participante.
3. Identificar las cualidades de cada participante.
4. Crear una relación cercana entre los participantes.
5. Reconocer la importancia de los participantes en la implementación del programa.

Actividad 1: Recolección de los detalles.

Lugar: Patio trasero, a un lado de la dirección.

Tiempo: 5 minutos.

Materiales: Caja forrada del color de su preferencia.

Objetivo: Juntar los detalles de cada participante.

El facilitador pasará con la caja a recoger los detalles. *Hola, como están el día de hoy, espero que muy bien, a continuación pasaré a recoger los detalles que trajeron para sus compañeros. Estos obsequios se darán al último de la sesión.*

Actividad 2: Recolección de los detalles.

Lugar: Patio trasero, a un lado de la dirección.

Tiempo: 20 minutos.

Materiales: Ninguno.

Objetivo: Identificar las cualidades de los participantes.

El facilitador pedirá a los participantes lo siguiente. *Esta vez necesito que se sienten en el suelo y formen un círculo. Una vez formado el círculo el facilitador dará las indicaciones. Lo que haremos a continuación tendrá que ser con toda la sinceridad que su compañero de a lado se merece, la actividad se llevara a cabo con todo el respeto.*

Cada uno de ustedes tendrá que pensar con que animal, comida y flor relacionan a su compañero de la derecha y también dirán el porqué de su respuesta y la cadenita se seguirá, para esta actividad les daré 5 minutos para que piensen en sus respuesta, no tienen que pedir ayuda de su compañero.

Una vez pasado los 5 minutos el facilitador dará inicio a la actividad. *Bueno los 5 minutos acabaron así que empezaremos, recuerden que es del compañero que tienen a la derecha, una vez terminada la actividad el facilitador escogerá al azar 5 participantes y pedirá la opinión de que le pareció la dinámica.*

Bueno hemos acabado ahora tomaré al azar 5 opiniones de la actividad y a los participantes que yo escoja me tendrán que decir si ellos pensaron por un segundo que sus compañeros le iban a decir lo que dijeron y porque. Esto con la finalidad de ver que la forma en que nosotros nos percibimos no es la misma con la que nos ven los demás.

Actividad 3: Entrega de obsequios.

Lugar: Patio trasero, a un lado de la dirección.

Tiempo: 10 minutos.

Materiales: La caja con los obsequios.

Objetivo: Desarrollar una relación más cercana entre los participantes.

El facilitador empezará a entregar los detalles a los participantes. *Empezaré a repartir los detalles que sus compañeros trajeron así que les pido que permanezcan sentados.* Cuando el facilitador haya terminado de entregar los obsequios dará inicio a la despedida y cierre del proyecto.

Actividad 4: Despedida y cierre del programa.

Lugar: Patio trasero, a un lado de la dirección.

Tiempo: 5 minutos.

Materiales: Ninguno.

Objetivo: Reconocer la participación de cada participante.

El facilitador dirá lo siguiente: *bueno como sabemos todo lo que comienza tiene que acabar y este proyecto hoy termina en esta institución, así que antes de irme quiero agradecer a las autoridades por permitirme trabajar con ustedes y a ustedes por la paciencia que tuvieron y por permanecer en este proyecto, así que hoy les doy las gracias de corazón por permitirme llevar a cabo este proyecto no sin antes dejarles esta frase.*

“En la vida, lo que a veces parece un final, es realmente un nuevo comienzo”. Ahora si me despido y no olviden que la prevención es la diferencia entre la salud y la enfermedad.

ANEXO 1

“BIENVENIDOS AL PROGRAMA PREVISA”

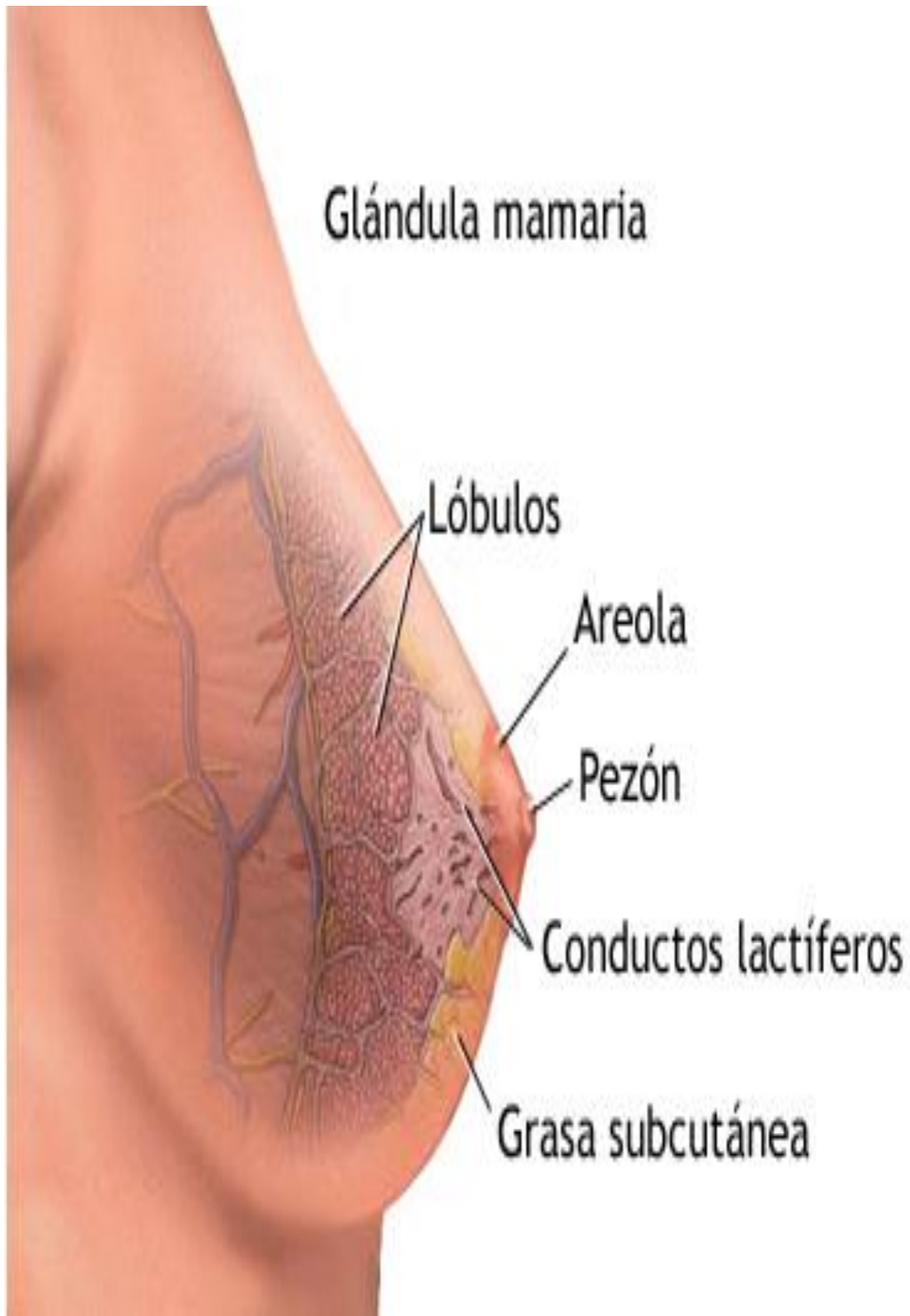
ANEXO 2**ENLISTADO DE LOS ALUMNOS CON SUS NOMBRES Y EL SOBRENOMBRE QUE ELLOS ESCOGIERON.**

No	NOMBRE	SOBRENOMBRE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		

27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

ANEXO 3.

PARTES DE LA GLANDULA MAMARIA



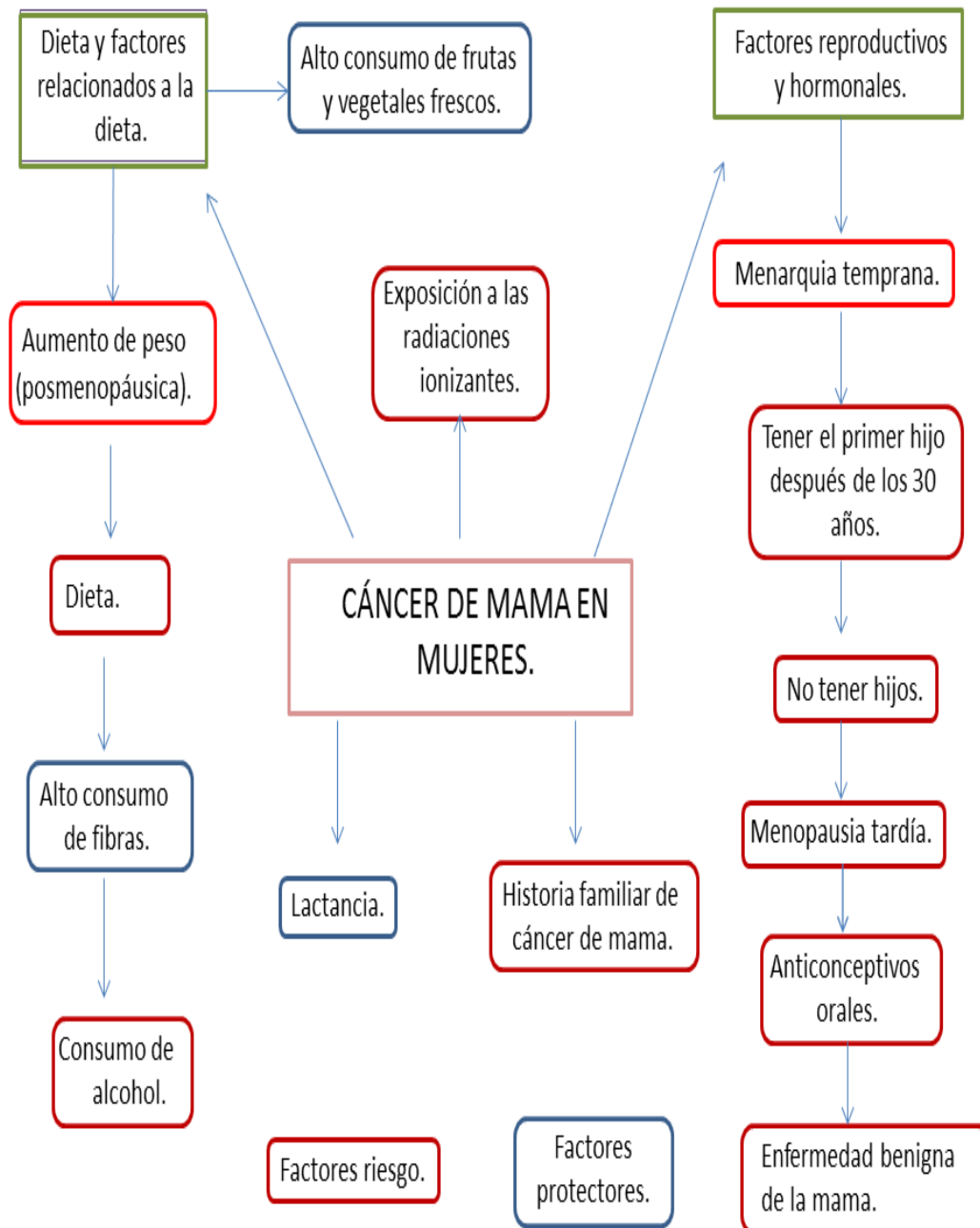
ANEXO 4.

VIDEO: “Cáncer de mama – tócate y cuídalas – Cómo hacerse un autoexamen mamario”

<https://www.youtube.com/watch?v=2pVPBrAi2Q0>

ANEXO 5

Esquema de factores asociados al aumento o disminución de desarrollar CaMa, retomado de la OMS.

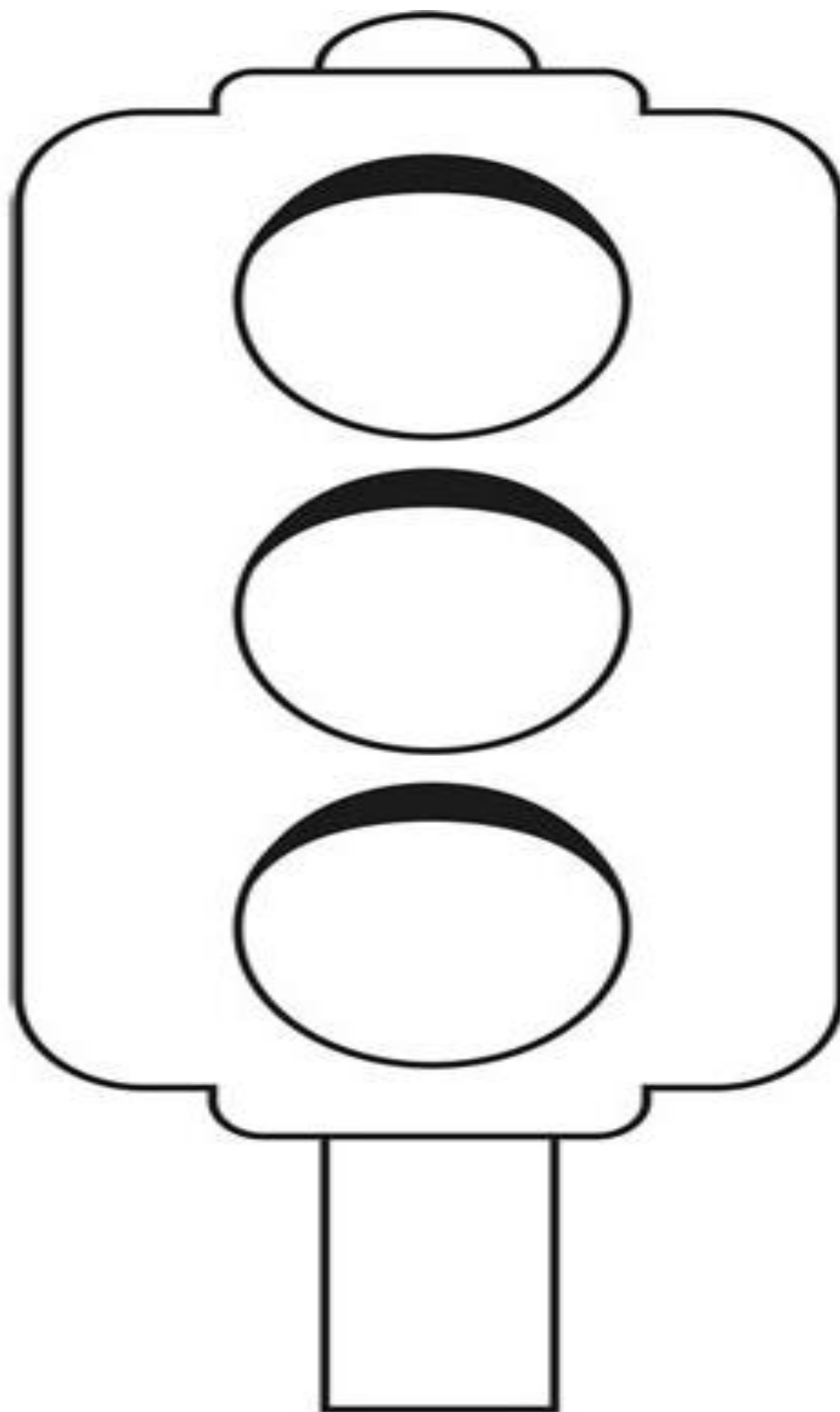


ANEXO 6

VIDEO: CANCER DE MAMA; SINTOMAS Y SEÑALES DE ALERTA.

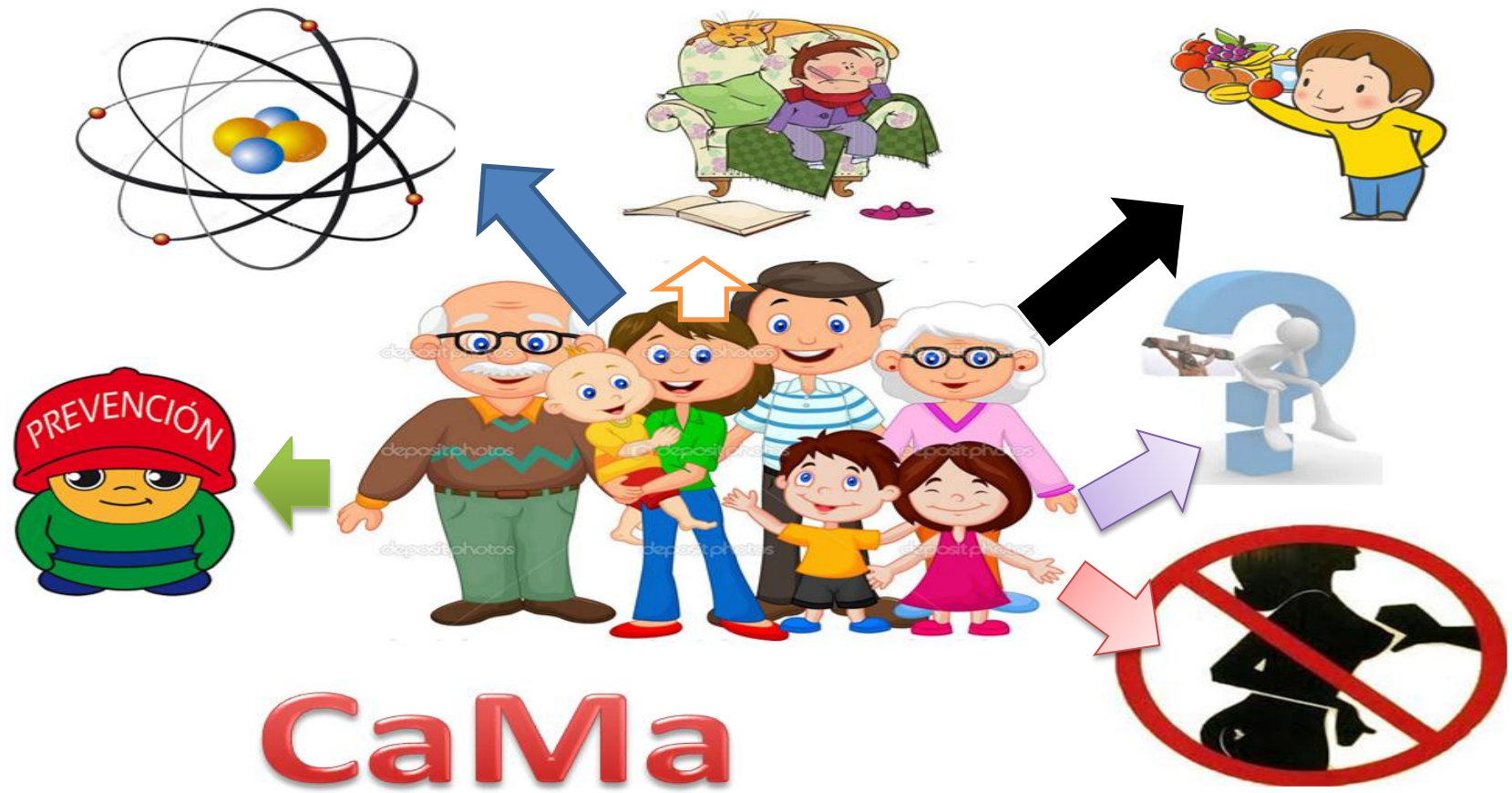
<https://www.youtube.com/watch?v=Rhcc3uqqYiU>

**ANEXO 7:
SEMÁFORO DE LA IMPORTANCIA.**



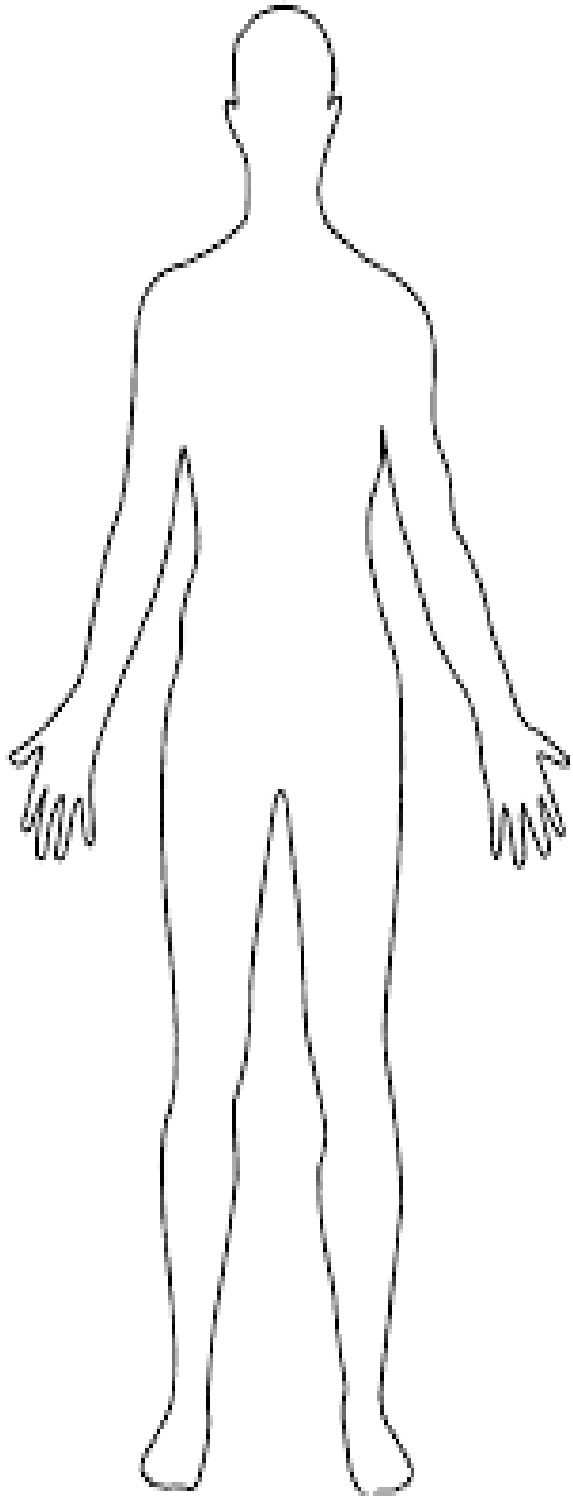
ANEXO 8

FAMILIA, CONTEXTO Y CaMa



ANEXO 9

LO QUE ME GUSTA Y ME DISGUSTA DE MI CUERPO.



ANEXO 10

IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE MI CUERPO.

¿PORQUE ES ESPECIAL MI CUERPO?

- Todos nacemos con algo especial y único «nuestro cuerpo».
- Debes cuidarlo y protegerlo como un tesoro. Es delicado, especial y diferente a los demás.



HAY DIFERENTES FORMAS DE CUIDARLO COMO:

*Alimentarme saludablemente.



*Haciendo deporte.



- Tu cuerpo estará contigo toda tu vida.
- Te permite hacer muchas cosas.

Mi cuerpo es un regalo

Vinka Jackson

Ilustraciones de Malena Frick





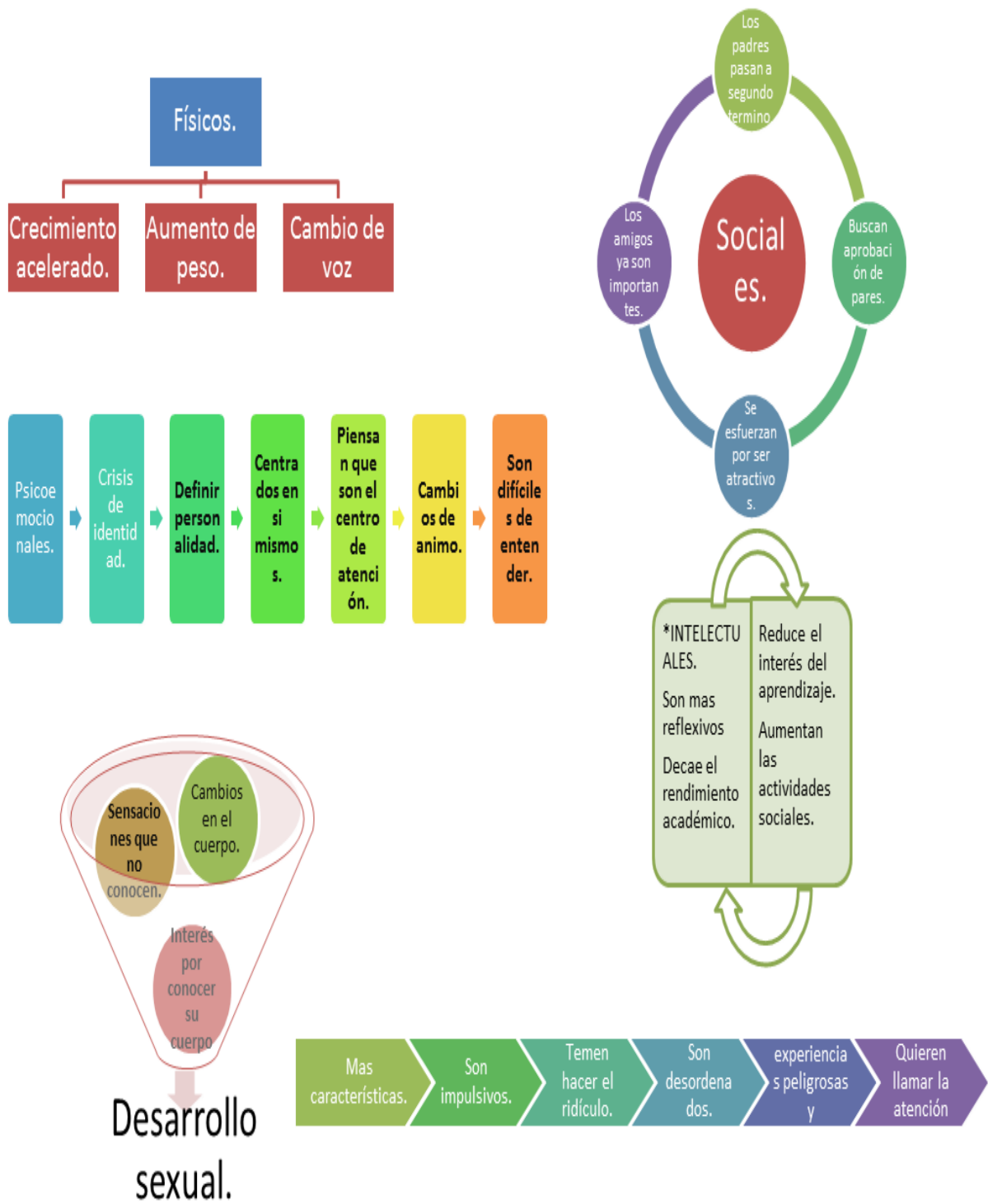
Mi cuerpo es mío y solo yo ' puedo decidir como usar mi cuerpo.

Yo decido como cuidarlo, prevenir enfermedades y quien pueda tocarme.

**TU CUERPO ES ESPECIAL
Y ES ¡TODO TUYO!
TU CUERPO ES TU
TESORO.
TÚ ERES EL GUARDIAN
DE TU CUERPO.**

ANEXO 11

Esquemas de los cambios biopsicosociales.



ANEXO 12

QUE ES AUTOESTIMA.



¿Qué es la autoestima?

La autoestima básicamente es un estado mental. Es el sentimiento o concepto valorativo (positivo o negativo) de nuestro ser, la cual se aprende, cambia y la podemos mejorar y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo, asimilando e interiorizando durante nuestra vida.

ANEXO 13

RELACIONES AFECTIVAS.

¿Qué cosas no les cuentas a tus padres?

¿Qué ocurriría si un día te quedas sin amigos?

¿Alguna vez te has sentido solo (aun estando con tu familia y/o amigos)?

ANEXO 14

TEMÁTICAS PARA EL SOCIODRAMA.

PRIMERA TEMATICA.

Pedir permiso a tus papas para ir a una fiesta.

Los integrantes del equipo tendrán que tomar el papel de papa, mama, hermanos y un amigo que acompaña al joven a pedir permiso a sus papas.

SEGUNDA TEMATICA.

¿Cómo les dirías a tus padres que has reprobado algunas materias y que estás a punto de darte de baja en la escuela?

La finalidad de estas temáticas es ver cómo es que reaccionan los integrantes del equipo, que aunque solo estarán actuando, parte de sus reacciones es la forma de ver como ellos reaccionan ante una situación en donde saben que deben de tomar una decisión o simplemente se alteran muy rápidamente. Y solo actúan por inercia sin ver las consecuencias que nuestros actos pueden traer.

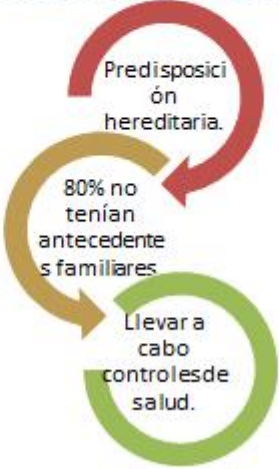
ANEXO 15
CADA HOJA, UN ESTIMULO.



ANEXO 16

PRESENTACION DE MITOS Y REALIDADES.

Si no tengo antecedentes Familiares no tendré cáncer.



Los corpiños con aro y/o dormir con el corpiño puesto dificulta la circulación.

A green rectangular box with a white border. On the left side, a white arrow points upwards. On the right side, a white arrow points downwards. The box contains two columns of text.

Es aconsejable no usar un corpiño que apriete mucho, para no dejar marcas y no lastime.

No existe relación con el CaMa.

**Tener los pechos pequeños
hace que sea menos propensa
a tener CaMa.**



El tamaño no
tiene relación.

**Si no hay síntomas no debo
de preocuparme.**



Las mujeres
diagnosticadas,
no manifiestan
síntomas
específicos.

Es importante
el control
periódico.



Tengo un bolita en la mama ¿es cáncer?



Las hierbas medicinales, ¿curan el CaMa?



Tener hijos y amamantarlos es una protección segura contra el CaMa.



EL USO DE ANTITRANSPIRANTES ES NOCIVO Y CONTRIBUYE A LA APARICIÓN.

