



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**“ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA,
PARTICIPATIVA, PARA MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE
MAMAS EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD,
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 21.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO

DIRECTOR DE TESIS

M.C. AVALOS PÉREZ FÁBIAN



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SUR CIUDAD DE MÉXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 21
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**“ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARTICIPATIVA, PARA
MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN PACIENTES MUJERES
DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO 21.”**

INVESTIGADORES

DR. AVALOS PEREZ FABIAN

Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la salud, Área sistemas de la salud.

Matricula: 11579552

Lugar de trabajo y adscripción: Hospital Psiquiátrico – Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS

Teléfono: 55796122 extensión 21315

Fax: sin Fax.

E-mail: fab_doc@hotmail.com

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Medica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de Informática Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Lugar de trabajo y adscripción: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Tel: 5518078576

Fax: sin Fax

E-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO

Médico Cirujano, Residente de 3° año de la Especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 98159433

Lugar de trabajo y adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Tel: 5531483857, conmutador 57 68 66 00 extensiones: 21407 o 21428

Fax: sin Fax

E-mail: drivancondez@gmail.com

MEXICO, CIUDAD DE MÉXICO. 2017
Unidad de Medicina Familiar N° 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407 o 21428.
Avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena
Delegación Venustiano Carranza, Distrito Federal, Código Postal 1590

ÍNDICE

	PÁGINAS
I. Título.....	6
II. Resumen.....	9
III. Marco teórico.....	11
IV. Justificación.....	37
V. Pregunta de investigación.....	38
VI. Objetivos del estudio.....	39
VII. Hipótesis.....	40
VIII. Material y métodos.....	41
IX. Muestra.....	42
X. Calculo de la muestra.....	42
XI. Variables.....	44
XII. Descripción del estudio.....	47
XIII. Aspectos éticos.....	49
XIV. Recolección de información.....	50
XV. Conflictos de interés.....	51
XVI. Recursos y financiamiento.....	51
XVII. Limitación del estudio.....	52
XVIII. Beneficios esperados.....	52
XIX. Cronograma de actividades.....	52
XX. Resultados.....	53
XXI. Discusión.....	71

XXII.	Conclusión.....	72
XXIII.	Sugerencias.....	73
XXIV.	Bibliografía.....	74
XXV.	Anexos.....	78
	1. Cronograma de actividades.....	78
	2. Consentimiento informado.....	80
	3. Instrumento para la recolección de datos.....	82
	4. Técnica de autoexploración de mamas.....	84
	5. Cartas descriptivas.....	88

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SUR CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21**

AUTORIZACIONES DE TESIS

Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo

Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS
“Francisco del Paso y Troncoso”

Dr. Jorge Alejandro Alcalá Molina

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de
Medicina Familiar No. 21 IMSS
“Francisco del Paso y Troncoso”

Dra. Alejandra Palacios Hernández

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad
de Medicina Familiar No. 21 IMSS
“Francisco del Paso y Troncoso”

ASESORES

**Dr. Avalos Pérez Fabián
(Director de Tesis)**

Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la
salud, Área sistemas de la salud.

Dra. Leonor Campos Aragon

Médica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de
Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de
México.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SUR CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21**

**“ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARTICIPATIVA, PARA
MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN PACIENTES MUJERES DE 20 A
59 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 21.”**

NÚM. DE REGISTRO: R-2016-3703-16

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO**

ASESORES:

DR. AVALOS PÉREZ FÁBIAN
Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la
salud, Área sistemas de la salud.

DRA. CAMPOS ARAGON LEONOR
Médica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de
Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de
México.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme seguir adelante.

A mis padres quienes me dieron la vida, educación, me siguen dando su apoyo, motivaciones y consejos.

A mis hermanas y sobrinas por su apoyo, esperando ser un ejemplo de superación.

A mis amigas por su compañía durante este camino.

A mis maestros que influyeron con sus lecciones y experiencias para seguirme formando como médico.

Gracias.

“ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARTICIPATIVA, PARA MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO 21. “

RESUMEN

“ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARTICIPATIVA, PARA MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO 21.”

*Dr. Avalos Pérez Fabián, Dra. Campos Aragon Leonor
Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto.*

La autoexploración se realiza a partir de los 20 años, tiene una sensibilidad de 26 a 41% para detectar tumoraciones de 0.5 a 1 cm. ayudando al diagnóstico precoz de tumoraciones, es un método eficaz, sencillo, inocuo, sin costo. Debe ser realizado entre el 5º al 10º días después del ciclo menstrual o en un día fijo en postmenopausia. Más del 90% de las tumoraciones son detectadas mediante la autoexploración. Diferentes estudios muestran que al realizarse una intervención educativa aumenta en más del 50% el grado de conocimiento de la autoexploración de mama.

Objetivo: Determinar el alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Material y métodos: Entre el periodo enero a diciembre de 2016, en la UMF No. 21 se realizó en mujeres de 20 a 59 años de edad un estudio cuasi experimental, por el tipo de estudio se ocupó una muestra por conveniencia, evaluando preintervención el conocimiento de la autoexploración de mama y su alcance al realizar una intervención educativa. Los resultados se analizaron en el sistema SPSS y se utilizó como análisis estadístico la prueba de Chi cuadrada.

Resultados: Después de la intervención educativa efectuada, se demostró un incremento del conocimiento sobre la autoexploración de mamas, con una relación lineal positiva de 0.39

Palabras Clave: Autoexploración de mamas, Mujeres de 20 a 59 años, intervención educativa.

SUMMARY

"SCOPE OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION, PARTICIPATORY TO IMPROVE THE SELF-EXPLORATION OF BREAST IN PATIENTS WOMEN AGED 20 TO 59 YEARS OF RIGHTS OF UMF NO 21."

*Dr. Avalos Pérez Fabián, Dr. Campos Aragon Leonor
Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto.*

Self-exploration is performed from the age of 20, has a sensitivity of 26 to 41% to detect tumors 0.5 to 1 cm. Helping the early diagnosis of tumors, is an effective, simple, harmless method, without cost. It should be performed between the 5th to the 10th day after the menstrual cycle or on a fixed day in postmenopause. More than 90% of the tumors are detected by self-exploration. Different studies show that when an educational intervention is carried out, the degree of knowledge of breast self-examination increases by more than 50%.

Objective: To determine the scope of an educational intervention, participatory, to improve breast self - exploration in female patients aged 20 to 59 years, UMF beneficiaries No 21.

Material and methods: Between January and December 2016, in UMF No. 21, a quasi-experimental study was performed in women between the ages of 20 and 59, because of the type of study a sample was taken for convenience, the pre-intervention evaluating the Knowledge of breast self-exploration and its scope when performing an educational intervention. The results were analyzed in the SPSS system and the chi square test was used as statistical analysis.

Results: After the educational intervention, an increase in knowledge about breast self-examination was demonstrated, with a positive linear relationship of 0.39

Keywords: Breast self-examination, Women aged 20 to 59 years, educational intervention.

3. MARCO TEÓRICO

Cáncer de mama

En la actualidad a nivel mundial el cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer. En el 2008 la OMS refirió que la principal causa de muerte en el mundo fue el cáncer con 7.6 millones de defunciones, equivalentes al 13% de las muertes a nivel mundial, siendo el cáncer de mama la principal causa de mortalidad con un total de 458,503 muertes de mujeres, con una incidencia de 14.63 casos nuevos por cada 100, 000 mujeres mayores de 15 años.¹

Según la OMS la supervivencia del cáncer mamario varía mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón; en un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios; y hasta un 40% en los países con ingresos bajos.¹

La falta de programas de detección oportuna de cáncer de mama, en los países poco desarrollados, ocasiona que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya avanzada, aunado a la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.¹

Las tasas de incidencia varían de 19.3 por cada cien mil mujeres en el África Oriental a 89.7 por cada 100 000 mujeres en Europa Occidental.²

El cáncer de mama representa una enfermedad que ocasiona muertes prematuras, ya que 60% de las mujeres que mueren tienen entre 30 y 59 años de edad. En los países en desarrollo el promedio de inicio de la enfermedad es menor que en los más desarrollados.²

El cáncer de mama es el tumor maligno de mayor incidencia y mortalidad entre las mujeres europeas. Según la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer

(IARC), la tasa de incidencia estandarizada estimada para España fue de 93,6 casos por 100.000 mujeres-año en 2006, frente a los 110 casos por cada 100.000 mujeres en Europa. Aunque la información disponible en las diferentes regiones de España es insuficiente, los datos demuestran un incremento progresivo en la incidencia de esta patología en las dos últimas décadas (2-3% anual) en todos los grupos de edad, confirmándose, además, como la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres españolas (mortalidad estandarizada de 18,6 por 100.000 mujeres-año). La supervivencia global a los 5 años era del 75% entre los años 1990-1994, cercana a la referida en Europa que se situó en torno al 80%, pero sensiblemente inferior a la descrita en Estados Unidos que alcanzó el 90% entre 1996 y 1998.³

La mamografía detecta cánceres de mama no palpables. Cánceres de mama pequeños confieren un mejor pronóstico que los grandes. Sin embargo, la supervivencia en el contexto de un programa de cribado no es predictivo de la reducción de la mortalidad debido al sesgo de tiempo de espera, el sesgo de longitud, o el retraso del diagnóstico. El estudio nacional de cribado mamográfico canadiense fue diseñado para evaluar el beneficio del cribado de mujeres de 40-49 años de edad en comparación con atención habitual y el riesgo-beneficio de la adición de mamografía para el examen clínico de mama en mujeres de 50-59 años de edad.⁴

En Cuba, durante el 2002, se diagnosticaron 2437 casos nuevos, para 17.0 % del total de mujeres con cáncer y una tasa cruda de 43.3 por 100 000 mujeres. Cada año se informan más de 2 200 nuevos casos y las edades más avanzadas (50 a 64 años) son las de mayor riesgo. Las provincias más afectadas a nivel nacional son Holguín, Ciudad de La Habana y Santiago de Cuba. Santiago de Cuba exhibe casos nuevos por años, así por ejemplo: el 2004 con 163, el 2005 con 245 y 107 fallecidas, el 2006 con 300, el 2007 con 290 y 89 fallecidas, el 2008 con 334 y 103 fallecidas, el 2009 con 265 y 93 fallecidas; de igual forma el 2010 con 253 y 115 fallecidas, así como en el primer semestre del 2011, 230 y 49 fallecidas.⁵

Ocupa la primera causa de mortalidad por neoplasia maligna en la mujer cubana. El tratamiento que brinda Cuba ante esta enfermedad es comparable a países desarrollados, pero el mayor énfasis debe ser preventivo, educativo y de divulgación para el control del riesgo.⁶

El cáncer de mama tiene el segundo lugar de incidencia en todo el mundo y en Brasil es el más frecuente en el país, a excepción del cáncer de piel del tipo no melanoma, en incidencia y mortalidad en el sexo femenino. Presenta una mayor incidencia a partir de los 25 años de edad, con un mayor auge entre los 45 a 50 años. En el 2010 hubo una incidencia de 49,27 casos por cada 100 mil mujeres. Aún prevalece el diagnóstico tardío de la enfermedad.⁷

El cáncer de mama en América Latina es la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas, desplazando en diversos países al cáncer cervicouterino.⁸

En América Latina, los tumores de mama, pulmón, cérvix y colon, están entre los cánceres más frecuentes, agrupando más del 50 % de los casos nuevos diagnosticados cada año.⁹

De acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) en el 2002, la tasa más alta de cáncer de mama por 100 mil mujeres en América Latina y El Caribe se presentó en Sudamérica con 46 casos por 100 mil mujeres, seguida por El Caribe con 32.9 y Centroamérica con 25.9, y son Argentina y Uruguay, los países que presentan las mayores tasas de incidencia con 75 y 83 casos. Cifras similares se observaron, en el mismo período, en Estados Unidos de América y Canadá.⁸

Hay un aumento en la morbimortalidad en los países de América Latina como son: Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Venezuela, en contraste con Canadá y Estados Unidos de América que han presentado un descenso por esta causa, asociándolo no sólo a la efectividad de los programas de detección temprana, sino también a la oportunidad y calidad del tratamiento basado en guías de práctica

clínica, incorporación oportuna de nuevas tecnologías, educación continua del personal de salud y fomento a protocolos de investigación.⁸

En el 2009 con la intención de investigar los diferentes marcos normativos vigentes que hacen referencia al cáncer de mama que existe en algunos de los países de Latinoamérica, se obtuvo un registro de las mismas como se citan a continuación:

- Argentina: Programa nacional de control de cáncer. Subprograma de prevención secundaria del cáncer de mama. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable. Programa médico obligatorio: Prevención para el cáncer de mama y de cuello uterino.
- Brasil: Plan nacional de salud: Un pacto por la salud en el Brasil.
- Bolivia: Plan de prevención y control de enfermedades no transmisibles para la gestión 2005-2009.
- Chile: Régimen general de garantías en salud
- Colombia: Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno.
- Ecuador: Conjunto de prestaciones del sistema nacional de salud.
- México: NOM 041-SSA2 2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- Panamá: Norma de atención integral de la mujer. Componente detección del cáncer de mamas
- Perú: Norma técnica oncológica para la prevención, detección, y diagnóstico temprano del cáncer de mama a nivel nacional.
- Uruguay: Programa nacional de control de cáncer.⁸

En México con base en el Registro Histopatológico de Neoplasias en 2003 se señaló la cifra de 12 433 casos, así como 3889 defunciones relacionadas con el cáncer de mama.¹⁰ A partir del 2006 el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por patología maligna en mujeres mayores de 25 años, superando la mortalidad por cáncer cervicouterino. Más de 75% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad (II, III y IV) de acuerdo con datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM).⁸

México mantuvo incorporado el programa de cáncer de mama al programa de cáncer cérvicouterino durante más de 25 años (Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer cérvicouterino y cáncer de mama). A raíz del incremento de la morbilidad por cáncer de mama, en el 2002, los separan en programas específicos.⁸

Desde el 2006, en México, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres de entre 30 y 54 años, por encima del cáncer cérvicouterino.¹¹

Tomando cifras del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM), en el periodo 2003-2008, 70.2% de los casos de cáncer de mama, se detectó en etapas avanzadas (II, 32.8%; III, 30.0%; y IV, 7.4%), ocasionando un aumento en la mortalidad, así como tratamientos más agresivos.¹¹

Dentro de las masas palpables el fibroadenoma es la patología mamaria benigna más frecuente en mujeres jóvenes, observándose entre los 20 a 40 años, el tamaño es variable entre 2 a 5 cm, de consistencia dura, bien delimitados, generalmente doloroso, pudiendo aparecer durante el embarazo. Confirmando el diagnóstico el manejo es conservador con vigilancia clínica periódica o quirúrgico.¹²

En controversia con los países en desarrollo en un 60% se detectaron en estadios tempranos y en nuestro país, la mayoría de los casos se detectaron en fases avanzadas, cuando la probabilidad de sobrevivencia a 5 años con tratamiento es menor de 30%, convirtiéndose en una de las enfermedades más costosas e impactantes en todos los ámbitos.²

El tamaño del tumor es un indicador de la probabilidad de vivir sin recidivas; la presencia de algún tipo de metástasis (estadios II-III y IV) es proporcional a sus dimensiones. De los casos con metástasis, 47% presentan tumores de al menos 4.5 cm de diámetro. De los casos nuevos 90% son detectados por la propia mujer en etapas con diseminación y sólo 2% se identifican en etapas in situ o estadio I.¹³

Las estimaciones de población femenina de 40 y más años en México para el año 2005, fueron de 14,104,971 que representaban el 26.8% de la población femenina total. Según las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2010, será de 16,778,929 con un porcentaje de 12.6% de los 40 a los 49 años y de 13.6% de los 50 a los 69 años. Para el año 2020 las mujeres en estos grupos alcanzarán 22,545,450 con el 14.0% y 18.4%, respectivamente.¹⁴

En el 2009, en México, la incidencia de cáncer de mama de acuerdo al reporte del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), fue de 15.41 por cada 100 000 habitantes mayores de 14 años, teniendo la mayor incidencia el estado de Coahuila, con 17.88 y la menor, en Chiapas con 1.15; ubicando al Distrito Federal en segundo lugar con 17.27, el grupo de edad con mayor incidencia es de 60 a 64 años con 32.87; el segundo grupo de 50 a 59 años de edad con 26.99.²

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964 decesos ocasionados por el cáncer de mama, representando el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi 14 mujeres cada día.¹⁴

Existe evidencia científica que confirma que teniendo un programa de tamizaje organizado y realizado de manera óptima reduciría un 20 a 40% la tasa de mortalidad por cáncer de mama.¹⁴

Se han implementado programas nacionales preventivos para la Detección Oportuna de Cáncer de Mama (DOCMA) con la finalidad de reducir la morbimortalidad al detectarlo tempranamente y proporcionando un tratamiento oportuno.¹⁵

Factores de riesgo

La identificación de los factores de riesgo modificables de cáncer de mama y el conocimiento de la historia natural de la enfermedad han permitido establecer estrategias, de prevención primaria y secundaria, los cuales incluyen diagnóstico temprano mediante la autoexploración de las mamas, examen clínico, así como realización de imagenología en población de riesgo.¹⁵

Factores de riesgo modificables para cáncer de mama:

- Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra
- Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.
- Obesidad, principalmente en la postmenopausia.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol mayor a 15 g/día.
- Tabaquismo.
- Terapia hormonal mayor 10 años.¹⁴

Es importante que las mujeres conozcan los factores de riesgo, fundamentalmente los modificables, ya que la mayoría de las personas no asocian algunos factores con el cáncer de mama.¹⁶

Las diferentes revisiones en la literatura encuentran asociación entre anticonceptivos orales y cáncer de mama en relación con mujeres que nunca han usado. Las mujeres que dejaron de usar los anticonceptivos orales hace más de 10 años no padecen tener ningún aumento en el riesgo del cáncer de mama.¹

El riesgo de cáncer de mama es menor cuando el uso de terapia de reemplazo hormonal es de corta duración (menor de 2 años), pero aumentó dos veces el riesgo en mujeres con terapia de reemplazo hormonal combinado cuando la duración es de 10 años o mayor. El riesgo desaparece después de 5 años de haberla suspendido. Se descubrió que el riesgo relativo aumenta 2.3% por cada año de uso de terapia de reemplazo hormonal.²

En la actualidad, hay estudios indicando que los anticonceptivos orales no aumentan, o lo hacen muy discretamente, el riesgo de padecer cáncer de mama. El único grupo en donde se observó una mayor relación fueron en mujeres menores de 45 años, nulíparas, con ingesta prolongada de estos medicamentos, de igual forma se observó una mayor asociación en mujeres que la tomaron antes de los 20 años de edad y en aquellas que la tomaron más de cuatro años de su primer embarazo.¹⁷

Existen estudios no concluyentes indicando que el reemplazo hormonal en mujeres climatéricas aumenta a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama.¹⁷

La mayor duración de la actividad menstrual, ya sea por desarrollo precoz o menopausia tardía, constituye un factor de riesgo para cáncer de mama al involucrar a los estrógenos en la causa, observando menor incidencia en las pacientes con ooforectomía antes de los 45 años, de igual forma las nulíparas muestran un riesgo mayor de 1.4 en relación a las multíparas.¹⁶

El tener el primer embarazo después de los 30 años tiene un riesgo de 2 a 5 veces más que en las que se han embarazado antes de los 18 años, esto debido a que en el embarazo se produce maduración del sistema ductal y lobulillar.¹⁶

Se ha encontrado que la vitamina D puede desempeñar un papel protector con respecto a la disminución de riesgo de desarrollar cáncer de mama.¹

Se ha encontrado que el incremento en la paridad se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de mama: Reducción del 38% de riesgo en mujeres que reportan 5 o más nacidos vivos, mientras que hay una disminución del 32% en mujeres que informaron 3 nacimientos en comparación con mujeres que reportaron 1 nacimiento.²

Al efecto protector del embarazo se le suma la lactancia, esta última asociada con su duración, ocasionando una reducción del 4% por cada 12 meses de lactancia.²

Existe evidencia del beneficio del ejercicio en la prevención del riesgo de desarrollar cáncer de mama. En un estudio realizado en 509 mujeres entre 40 y 65 años se observando una disminución del riesgo para las mujeres que realizaban ejercicio en comparación con las mujeres inactivas (OR= 0.62, IC del 95%, desde 0.49 hasta 0.78). Otro estudio de casos y controles encontró que las mujeres (4,538) que realizaban ejercicio tenían un riesgo menor del 20% de padecer cáncer de mama en comparación con las mujeres inactivas.¹

La ingesta excesiva de grasas totales, ácidos grasos saturados, alcohol y la reducción en la ingesta de fibra dietética y antioxidantes, aumenta el riesgo de padecer cáncer; mientras que la ingesta de ácidos grasos mono insaturados y de omega-3, reduce el riesgo de padecerla.¹⁷

En mujeres postmenopáusicas con un IMC mayor o igual a 30 aumenta 2 veces más el riesgo de cáncer de mama.²

La obesidad está relacionada en un 20 a 30% el riesgo de tener esta neoplasia, sobre todo en la mujer después de la menopausia.¹⁷

Distintos trabajos relacionan el consumo de alcohol y tabaco con el cáncer de mama. Con respecto al alcohol, existe un meta análisis publicado en el 2006 que incluye nueve estudios los cuales confirman esta relación. Mientras que el tabaco tanto en fumadoras activas como pasivas se ve relacionado.¹⁷

En un estudio realizado por la Agencia de Protección Ambiental de California, encontró un riesgo elevado de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas que nunca fumaron y desarrollaron cáncer de mama antes de los 50 años.¹⁷

La presencia de factores hereditarios asociados a cáncer de mama son:

- Cáncer de mama en familiares de primer grado.
- Historia paterna de 2 o más familiares de cáncer de mama
- Cáncer de ovario en familiares menores de 50 años
- Antecedentes de cáncer de mama en el varón
- Antecedentes familiares de otros cánceres: sarcoma, endometrioma, colon, tiroides.
- Mujer con antecedentes de familiar judío. ²

Solo el 10 % de los casos diagnosticados de cáncer de mama son de origen genético.¹⁷

Lo anterior guarda relación a otras publicaciones en donde se menciona que del 5 al 10% de los casos de cáncer de mama son hereditarios, guardando relación con mutación en los genes BRCA1 y BRCA2.¹

En pacientes con mutación en los genes BRCA1 y BRCA2 deben iniciar la exploración médica mamaria a partir de los 18 años de edad.¹²

La autoexploración

La Asociación Americana de Cáncer y la NOM 041 recomienda realizar la autoexploración de mama de forma mensual a partir de los 20 años. La exploración debe ser entre los días siete y diez del ciclo menstrual, mientras que en la mujer postmenopáusica se debe realizar en un día fijo mensualmente.^{14, 15}

El realizarse entre los días 7-10, después del ciclo menstrual es para que la congestión fisiológica, a la cual se encuentra sometida la mama por el estímulo hormonal, haya desaparecido, ya que de lo contrario estarían duros y dolorosos afectando la interpretación de la autoexploración.¹⁸

La autoexploración tiene una sensibilidad de 26 a 41% para detectar tumoraciones de 0.5 a 1 cm.² Mientras que otros autores mencionan que es del 2-41% en comparación con la exploración clínica de mama y la mamografía dependiendo de la edad.¹

Cerca del 90% de las veces, el tumor es encontrado por la propia mujer de ahí la importancia de la autoexploración como estrategia, pues tiene las ventajas de ser fácil de llevar a cabo, rápida y sin costos para la mujer, además de poder llevar a cabo una detección temprana y como consecuencia un tratamiento precoz, menos agresivos y/o mutilación ayudando a un mejor pronóstico.⁷

De esta misma manera en una muestra de pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontró que 58% reconocieron una masa de manera casual y 90% de ellas, mientras se bañaba.¹⁹

En estudios realizados en Estados Unidos se encontró que las mujeres capaces de identificar al menos un abultamiento varían del 25 al 88%, mientras que, en un estudio realizado en el 2000, en mujeres mexicanas, se observó que después de llevar a cabo una capacitación de la autoexploración de mamas, las mujeres capaces de identificar un abultamiento fueron de 51 a 65% las cuales son similares a los países desarrollados.¹³

A pesar de que la autoexploración tiene poca sensibilidad por aumentar los falsos positivos, tiende a mejorar cuando las mujeres son capacitadas para realizar la técnica correcta.⁹

Uno de los objetivos de la autoexploración de mama es el poder identificar cambios en las mamas que orientan a probable cáncer, desde etapas tempranas y no de modo tardío, es decir, orientado desde el punto de vista de la prevención, y está se realiza en las unidades de primer nivel de atención.⁹

En base a los resultados obtenidos de un estudio realizado en Brasil, se concluyó que 75,9 % relataron conocer el autoexamen de las mamas y 65,5 % dijeron

practicarlo. El 40% de las mujeres con enseñanza media o más tienen un mayor conocimiento de la técnica en relación a las que tienen enseñanza básica.⁷

Por otra parte, el 55.2% de las mujeres entrevistadas menciono que nunca tuvieron una exploración clínica en la unidad de atención. El 69.8% de las mujeres en el momento del estudio ya se habían realizado la mastografía al menos en una ocasión.⁷

De las mujeres que conocen la técnica de autoexploración, el 94.3% lo considera importante para encontrar alteraciones en las mamas y solo el 31.8% de ellas menciono haberlo aprendido en las unidades de salud familiar, ya que la mayoría tuvo conocimiento a través de los medios de comunicación. Además, el 53.4% de las mujeres comenta que el profesional de salud de la unidad no incentiva la realización de la técnica mensualmente.⁷

De las mujeres que relataron conocer la técnica, 86,4% la practican, en cambio, 13,6% no lo hacen. De estas últimas, los principales motivos de no realización fueron el olvido y el hecho de no saber hacerlo correctamente.⁷

La Norma Técnica Colombiana de Detección Temprana de Cáncer de Mama recomienda proporcionar a las mujeres mayores de 20 años, educación en autoexamen de mama, y realizar a todas las mujeres mayores de 50 años de edad una mamografía de cuatro proyecciones cada dos años.¹⁹

En Tunja la realización de la autoexploración es baja, alcanzando apenas al 27.8%, por lo que es menor que en Brasil y México, pero similar a Cuba y Perú.¹⁹

Se realizó un estudio en Ceará, Brasil, sobre la práctica de autoexploración encontrando que el 65% de las entrevistadas no lo conocían, un 55% consideraron hacérselo en algún momento y el 45% de ellas no se lo realizan por desconocimiento y olvido.¹⁹

La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010 realizada en Colombia, menciona que con respecto a la autoexploración de mamas, el 90 por ciento de las mujeres de 18 a 69 años sabe qué es el autoexamen de seno, tres de cada cinco mujeres se lo ha hecho y de éstas 39 por ciento lo hace cada mes,

de las mujeres que declararon hacerse el autoexamen, el 62 por ciento dijo hacérselo en cualquier momento del ciclo menstrual, el 14 por ciento lo hace 4 a 10 días después de la menstruación, el 7 por ciento refirió hacérselo 4 a 10 días antes de la menstruación y el 1 por ciento manifestó que lo hace siempre en el mismo momento.²⁰

Las características que tenían en común las pacientes que se realizaban la autoexploración era: habitar en zonas urbanas, nivel educativo alto, al igual que la posición económica.²⁰

El 53% de las mujeres encuestadas mencionan que han aprendido la autoexploración es por un médico o enfermera, el 19 por ciento por un servicio de salud, 19 por ciento por folletos y el 6 por ciento por familiares o amigas.²⁰

Uruguay utiliza como estrategia para prevenir el cáncer, la enseñanza de la autoexploración de mama alrededor del inicio de la adolescencia.¹³

Se ha planteado un inicio temprano en la capacitación de las mujeres como lo muestra un estudio con adolescentes de una escuela preparatoria en Estados Unidos, en donde se observó un mayor porcentaje de mujeres que realizaron la autoexploración después de enseñar su importancia en la detección temprana del cáncer de mama.¹⁹

En un estudio realizado en mujeres mexicanas, se encontró que solo el 11 por ciento de las mujeres se realiza una autoexploración de manera correcta.¹¹

Juegan un papel importante el personal de enfermería para la enseñanza de la autoexploración de mamas como también lo hacen en el examen clínico de mama, ellas tienen un papel importante en los programas de prevención. Sin embargo, es evidente la necesidad de mayor personal de salud y mayor información a las usuarias para llevarla a cabo.¹¹

En un estudio de investigación de autoexploración de mama, mediante la aplicación de encuestas, se detectó que el 28.33% consideró importante el autoexamen de mama y de este el 8.33% se realiza el mismo. El 53.33% de las encuestadas comenzó a realizarse el autoexamen después de la intervención

educativa, demostrándose un incremento del conocimiento sobre la importancia de realizarse el examen.¹⁹

Se requiere de diseños de programas de detección innovadores, basados en las estrategias educativas y motivacionales que garanticen los hábitos de autoexploración de mama.⁸

No se puede llegar a disminuir el cáncer de mama sino se ejecuta el marco normativo de manera planeada, es decir movilizándolo recursos financieros, tecnológicos y humanos, tanto del sector público como del privado.⁸

Mujeres con al menos un hijo presentaron mayor tendencia a la práctica en relación a las nulíparas. Con respecto a esto se sugirió que es debido al mayor contacto con equipos de salud, y por consiguiente una mejor información, favoreciendo el conocimiento y práctica del autoexamen.⁷

Algunos estudios constatan que las pacientes con conocimientos de la técnica de autoexploración no es el adecuado.⁷

En un estudio realizado en Cuernavaca, Morelos, se encontró que 82.8% de las pacientes tiene conocimientos básicos sobre la autoexploración de mama, 73.7% se revisa de manera periódica. Respecto a la escolaridad no se encontró asociación entre la práctica de la autoexploración y la escolaridad. El 76.5% de las pacientes mencionó que enfermería fue el personaje que informó de la correcta técnica de autoexploración.¹⁵

En cuanto a las pacientes que refirieron si autoexplorarse (73.7%), el 91.8% menciona que el motivo principal por el cual lo realizan es la prevención, mientras que las pacientes que refirieron no realizarlo, el motivo principal fue la desidia y la flojera con 50% del total de negativas.¹⁵

En otro estudio se observó que el principal motivo por no realizarlo fue el olvido. De igual forma se observó que el 4.3% de las pacientes no realiza la autoexploración por el temor a detectarse cáncer mamario.¹⁵

Existe una contradicción en la población femenina en general, ya que ellas consideran que la autoexploración de mama es una manera fácil y práctica para detectar cáncer y actuar en consecuencia de manera oportuna, sin embargo, más del doble no la realiza. Se encontró que cuatro de cada cinco mujeres refieren tener conocimiento sobre la autoexploración mamaria y su realización en forma mensual, sin embargo, sólo una de tres practica la exploración mensual.¹⁵

La morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama pueden reducirse, si las mujeres tienen el conocimiento, la motivación y la destreza necesaria para realizar la autoexploración, así como el conocimiento de los factores de riesgo modificables.¹⁷

Los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, han sido identificados como componentes de las conductas que caracterizan el estilo de vida de una persona que interfieren con la prevención, es decir la realización de la autoexploración.¹⁷

En diversos estudios encontramos que pocas mujeres se realizan la autoexploración y en las que sí lo hacen se encuentran inconsistencias en la frecuencia y ejecución de las maniobras que contempla el examen: inspección y palpación.¹⁹

Otros estudios muestran que el grado de escolaridad influye notablemente en la práctica adecuada de la autoexploración.¹⁹

Para que sean proliferativos los objetivos de la autoexploración es necesario realizar campañas para difundir la técnica para el autocuidado; es fundamental la motivación, para que los conocimientos se incorporen a los hábitos de salud.¹⁹

La escolaridad influye en la realización de la autoexploración, ya que se ha observado que las pacientes que han terminado los estudios a nivel básico (secundaria), inciden significativamente en la probabilidad de realizar el examen con la frecuencia y técnica correcta.¹⁹

Es importante realizar conciencia y capacitación a médicos y enfermeras para mejorar la cobertura y calidad de la técnica de autoexploración.¹⁹

En un estudio se observó que la mayoría de las integrantes refirieron no practicar la autoexploración mamaria, sabiendo la importancia que reviste, ya que muchas no conocían la técnica correcta de realización; De igual manera, antes de la intervención tampoco resultaba de interés la frecuencia adecuada de realizar de dicho procedimiento, en cambio, después de la intervención se demostró un notable incremento de las mujeres que comenzaron a ejecutar este procedimiento así como la frecuencia adecuada de su realización. ¹⁸

A pesar de ser el cáncer de mama una enfermedad que se puede descubrir en su fase inicial, pocas son las personas que le dan la importancia a la autoexploración para su detección precoz, debido a la ignorancia de que dicha herramienta es muy eficaz si se sabe aplicar correctamente. ¹⁸

En un estudio de cohorte en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama se demostró que el 64% (507 de las mujeres) auto detectaron el cáncer y el 36% (287) fueron detectados por mamografía de rutina o por exploración clínica de mama. ¹

Se ha demostrado que la autoexploración es el método de detección más a la mano para diagnosticar en fases precoces el cáncer de mama en las mujeres, aunque solo el 56.3% reporta alguna vez realizarlo, y de este, solo el 72% informaron haberse auto explorado en el último mes. ¹

La autoexploración de mama es una forma de detección del cáncer de mama ante las limitaciones en el acceso a tecnologías de diagnóstico, infraestructura, atención de la salud y las barreras culturales. ¹

El examen clínico

El examen clínico debe ser practicado anualmente, a partir de los 25 años por el médico o la enfermera capacitados, previa autorización de la usuaria. ¹⁴

Los rangos de sensibilidad de la exploración clínica de las mamas oscilan entre el 40 a 69%, la especificidad del 88 a 99% y el valor predictivo positivo del 4 a 50% con relación a la mamografía. ¹

Para que sea palpable una tumoración se requiere un periodo de duplicación celular de 8 a 10 años aproximadamente, esto posibilita la detección temprana mediante el ultrasonido o la mastografía. ²¹

El diagnóstico de cáncer de mama en pacientes menores de 20 años tiene una incidencia de 0 por 100 000, esta incidencia va incrementando en mujeres de 20 a 24 años a 1.3 por 100 000, lo que justifica el inicio del examen médico y la autoexploración. ¹²

El cáncer de mama asociado al embarazo es aquel que se desarrolla durante y hasta 1 año después del embarazo. El 0.2% a 3.8% de los embarazos pueden padecer cáncer de mama y aproximadamente 10% de los canceres de mama en mujeres menores de 40 años lo desarrollan durante el embarazo. El cáncer de mama en esta población puede tener características que puede llevar a un mayor riesgo de metástasis, así como a tumores de alto grado, y tumores receptores negativos a estrógenos, por tanto, se espera que tengan un peor pronóstico. ²

El ultrasonido

En un estudio transversal en 132 pacientes de pruebas diagnósticas para patología de mama se reportó que el ultrasonido mamario tiene una sensibilidad de 85.48%, especificidad de 90.69% valor predictivo positivo de 92.98% y un valor predictivo negativo de 81.25%. Mientras que la mastografía tiene una sensibilidad de 98.51%, especificidad de 94.74%, valor predictivo positivo de 97.05% y un valor predictivo negativo de 97.29% ¹²

El ultrasonido mamario es el método de imagen de elección en el estudio de la mujer con patología mamaria menor de 40 años de edad o pacientes con sospecha de cáncer que curse con embarazo o lactancia. Se considera como un estudio complementario al mastográfico cuando existe: mama densa, necesidad de caracterizar un nódulo, densidad asimétrica, paciente con implantes mamarios, mastitis o abscesos y como guía de procedimientos intervencionistas.²¹

La mastografía

La mastografía es el estudio de imagen ideal para el diagnóstico temprano del cáncer de mama, sin embargo, en México no se cuenta con la infraestructura suficiente, tanto en mastógrafos como en recursos humanos para cubrir a toda la población femenina de mayor riesgo. Es por lo anterior que la exploración clínica de las mamas sigue siendo la acción más utilizada en las unidades de primer contacto.²¹

En la encuesta nacional de demografía y salud del 2010, de Colombia, en el grupo de edad de 40 a 69 años, el 38 por ciento se han realizado la mamografía. La mayoría de las mujeres manifestaron que se habían hecho la mamografía por chequeo (66 por ciento) y el resto dijo que la hizo por síntomas (34 por ciento). El 53 por ciento de las mujeres de 40 a 69 años manifestó que sólo se han realizado la mamografía una vez, 26 por ciento la hacen cada año y 17 por ciento cada dos años.²⁰

La mastografía se divide en dos grupos: tamizaje y diagnóstico, el primero se realiza en mujeres asintomáticas, mayores de 40 años, para detectar alguna patología mamaria, el segundo se realiza a pacientes con signos de patología mamaria

Las ventajas del diagnóstico temprano son:

- A menor extensión de la neoplasia, mejor resultado de tratamiento quirúrgico, con posibilidad de conservar la mama.

- Menor posibilidad de presentar metástasis.
- Menor probabilidad de ingresar a tratamientos invasores como la radioterapia y quimioterapia.
- Reducción de la mortalidad hasta en un 30%.
- Posibilidad de curación completa de la enfermedad hasta en un 90%.
- Menor gasto económico, psicológico y social.
- Más rápida integración a las actividades laborales, profesionales y familiares.²¹

La mastografía de tamizaje se debe realizar cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años de edad con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 a 69 años, previa exploración clínica de las mamas.²¹

La mastografía es un método no invasivo que detecta lesiones mamarias menores de 1 cm., se necesita que la paciente no utilice el día del estudio desodorante, talco, crema, perfume y aceite sobre mamas y axilas, ya que pueden formar artefactos en el estudio que pueden confundir el diagnóstico.²¹

El diagnóstico presuntivo de patología mamaria maligna se puede establecer por los siguientes signos clínicos compatibles con cáncer de mama:

- Nódulo sólido, irregular, de consistencia dura, fijo a planos profundos;
- Cambios cutáneos evidentes (piel de naranja, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento);
- Zona focalizada a una sola mama y región;
- Secreción serosanguinolenta;
- Crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular.¹⁴

Prevención primaria

Se realiza a través de la información, orientación y educación acerca de los factores de riesgo:

- Mujer mayor de 40 años.
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Antecedentes personales patológicos de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica).
- Nuligesta.
- Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- No haber amamantado.
- Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- Uso de terapia hormonal de reemplazo por más de 5 años.
- Obesidad o sobrepeso.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Sedentarismo.²¹

Prevención secundaria

Se realiza mediante la identificación de grupos de riesgo, la detección oportuna de lesiones sea cual fuere su naturaleza (benigna o maligna), mediante las tres acciones las cuales son: la enseñanza de autoexploración clínica, la exploración clínica y la toma de mastografía.²¹

A pesar de ser una enfermedad que se puede detectar en su fase inicial, pocas son las mujeres que interiorizan la importancia de la detección. El descubrimiento del nódulo, la vergüenza de ser tocada por el médico, se convierte en el principal factor para la no prevención.¹⁷

Aumentar el acceso de la población a las instituciones primarias de salud, representa una estrategia para prevenir.¹⁷

The American Cancer Society, recomienda que todas las mujeres deben ser capacitadas y se deben realizar, siguiendo una técnica preestablecida, cada mes el autoexamen de mama y la mamografía inicial entre los 35 a 40 años la cual

debe repetirse cada año o cada dos años según la edad y la presencia de factores de riesgo en la mujer. También recomienda la vigilancia de las mujeres con factores de riesgo identificados.¹⁹

El programa de acción para la prevención de cáncer de mama 2007-2012 contempló entre sus metas alcanzar una cobertura anual de 30% con examen clínico en mujeres de 25 a 69 años e incrementar de 8.5 a 21.6% la cobertura por mastografía en mujeres de 50 a 69 años.¹¹

Prevención terciaria

Se realiza mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las pacientes que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia o radioterapia, según lo requieran. Además de orientar sobre la existencia de grupos de apoyo.²¹

Intervención educativa

Se entiende como intervención educativa a la acción intencionada para explicar una problemática que resulta de la práctica clínica, es decir, intentan explicar hechos o fenómenos inexplicados, incomprensibles o que reclaman una conceptualización, referidos inicialmente a situaciones cotidianas.²²

Los prejuicios (forma previa de entender las acciones) influyen en el entendimiento, es así que las personas tienen su manera de ver, interpretar y comprender el mundo y de esta manera influye y dando sentido a sus actividades de la vida diaria.²²

Al comprender una información se integra a la experiencia vivencial de la persona esperando posteriormente aplicarla.²²

Realizar estrategias educativas es útil para la adquisición y retención de grandes cantidades de información. Al menos que se reproduzca con frecuencia un conocimiento y no en una sola ocasión favorecerá la retención del mismo. Lo ideal es poner en práctica una estrategia educativa que incluya las tres esferas del aprendizaje: auditivo, visual y cinestésico con la intención de incluir las preferencias de aprendizaje de cada paciente.²³

Aprendizaje

Por cada año de vida se tiene entre 3 a 5 minutos de concentración. Para el adulto el tiempo máximo de concentración es en promedio, de 45 minutos, pero si este suele estudiar de forma regular, puede aumentar este tiempo a un promedio de 50-60 minutos, con descansos de 10 minutos.²⁴

Por otro lado, Luis García en su libro *“El arte de la memoria”* menciona que en promedio el tiempo de concentración es de 30 a 40 minutos. A partir de este tiempo la concentración disminuye, por lo que es ideal que una sesión de estudio dure no más de este tiempo, con descanso entre 5 a 10 minutos entre una y otra.²⁵

Estrategias de aprendizaje

Son las secuencias integradas de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, el almacenamiento y/o la utilización de información o conocimientos.^{26, 27}

Las características que deben tener son:

- a. Procedimientos flexibles que incluyan técnicas u operaciones específicas.
- b. Fácil de seleccionar de entre un conjunto de alternativas posibles, dependiendo de lo que se necesite realizar, de la complejidad del contenido, es decir, del contexto en el que se encuentre.

- c. Requiere de la aplicación del conocimiento metacognitivos, de lo contrario se confundirán con simples técnicas para aprender.²⁶

Las estrategias de aprendizaje se dividen en tres bloques conforme al tipo de aprendizaje solicitado:

- a. Revisión y recirculación de la información (memorizar): Se apoyan de un aprendizaje asociativo. Suelen emplearse técnicas como: repetir, marcar, destacar, copiar, etc.
- b. Elaboración (aprendizaje significativo): Se construye el aprendizaje a través de metáforas o analogías. En la elaboración se utilizan las técnicas de palabras clave, imágenes, rimas, parafraseo, abreviaturas, códigos, analogías y la interpretación de textos.
- c. Organización (aprendizaje significativo): Produce estrategias más complejas a través de relaciones de significados. Se utilizan realización de redes de conceptos, redes semánticas, uso de estructuras textuales, construcción de mapas conceptuales, etc.²⁶

La estrategia debe proporcionar: motivación, información y orientación para realizar sus aprendizajes, considerar:

- a. Características del grupo: estilos cognitivos y de aprendizaje.
- b. Motivaciones e intereses: Procurar amenidad durante la clase.
- c. Organizar en el aula: el espacio, los materiales didácticos, el tiempo.
- d. Proporcionar información necesaria cuando sea preciso: libros, apuntes, páginas web, asesores.

- e. Utilizar metodologías activas en las que se aprenda haciendo, pero tener presente que el aprendizaje es individual.
- f. Realizar una evaluación final de los aprendizajes.²⁶

Es necesario tener presentes aspectos esenciales para considerar qué tipo de estrategia es la indicada para utilizarse:

1. Características de los aprendices (nivel de desarrollo cognitivo, conocimientos previos, factores motivacionales, etcétera).
2. Tipo de dominio del conocimiento en general del que se va a abordar.
3. La meta que se desea lograr y las actividades cognitivas y pedagógicas que debe realizar el alumno para conseguirla.
4. Vigilancia constante del proceso de enseñanza (de las estrategias de enseñanza empleadas previamente).²⁷

Se pueden clasificar a las estrategias de enseñanza, basándonos en su momento de uso y presentación en: Preinstruccionales, si se emplean antes, coinstruccionales, si se emplean durante, o posinstruccionales si se emplean después de un contenido.

1. Las preinstruccionales preparan y alertan al estudiante en relación a qué y cómo va a aprender (activación de conocimientos y experiencias previas pertinentes) ubicándolo en el contexto. Ejemplo: Los objetivos.
2. Las coinstruccionales apoyan los contenidos durante el proceso de enseñanza. Cubren funciones como: Detección de la información principal; conceptualización de contenidos; delimitación de la organización, estructura e interrelaciones entre dichos contenidos y mantenimiento de la atención y motivación. Ejemplos: Ilustraciones, redes semánticas, mapas conceptuales y analogías, entre otras.

3. Las posinstruccionales permiten al alumno formar una visión sintética, integradora e incluso crítica del material. Ejemplos: Pospreguntas intercaladas, resúmenes finales, redes semánticas y mapas conceptuales.²⁷

Técnicas de aprendizaje

Existen diferentes técnicas de información, entre las cuales destacan:

1) Exposición

Objetivo:

- Presentar de manera organizada información a un grupo.

Ventajas:

- No importa el tamaño del grupo al que se presenta la información.²⁸

2) Palabras claves:

Objetivo:

- Sintetiza o resume aspectos centrales de una idea o un tema.

Utilidad:

- Comprueba el conocimiento alcanzado por el grupo.²⁸

3) Foro:

Que es:

- Es una presentación breve de un asunto por un orador, seguida de preguntas, comentarios y recomendaciones.

Objetivos:

- Desarrolla pensamiento analítico y emisión de juicios.
- Fomenta el cuestionamiento de los alumnos en relación con un tema.

- Indaga conocimientos previos
- Aclara concepciones erróneas²⁹

Técnicas de Cierre:

- Permiten valorar hasta qué puntos los objetivos se cumplieron, así como el desarrollo del propio proceso grupal.²⁸

1) La palabra clave:

Objetivo:

- Retroalimentación de las vivencias, opiniones, etc; del grupo en relación con las sesiones realizadas.

Utilidad:

- Conoce de manera resumida lo que ha dejado la sesión en cada integrante del grupo.
- Permite conocer la tendencia predominante en el grupo.²⁸

4. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es un caso de salud pública, una grave amenaza para la salud de la mujer, no propio de una región, sino que afecta a nivel mundial y tampoco específico de algún estrato socioeconómico.

Su importancia radica en que hoy en día es el primer cáncer a nivel mundial. Con anterioridad, en México, el cáncer cérvicouterino tenía el número uno en los tipos de cáncer malignos en la mujer, pero con el auge que se le brindo y las técnicas de diagnóstico que se llevan a cabo ocasiono que declinara a segundo lugar.

Bien es cierto que la importancia de la técnica de autoexploración de mamas radica en ayudar a detectar a tiempo el cáncer de mama, pero también hay que recordar que ayuda a detectar alteraciones benignas, dentro de ellas y por su alta frecuencia hablamos del fibroadenoma.

La educación de las mujeres para la detección anormal en la mama mediante la autoexploración es fundamental por parte del médico y de enfermería de primer contacto, de ahí, que las pacientes que ya están capacitadas pueden ayudar a otras mujeres a divulgar la información.

Al aplicar estrategias para la detección temprana en la población en riesgo de cáncer de mama ayuda a no generar a la larga mayor repercusión tanto económicos para la paciente y su familia como para la institución, hablando de incapacidades o procedimientos invasivos.

Ante el mayor crecimiento de la población femenina y por tanto a la mayor población de 20 a 59 años de edad, se debe de proponer estrategias que ayuden a la detección temprana de patologías mamarias, utilizando los propios recursos con los que cuenta la institución tanto económica como humana para que puedan ser reproducibles.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el alcance de la intervención educativa en la mejora de la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la U.M.F. No. 21?

6. OBJETIVOS

6.1 General:

Determinar el alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

6.2 Especifico:

1. Identificar el conocimiento de las pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad acerca de la técnica de autoexploración de mama.
2. Conocer el medio por el cual aprendió la técnica de autoexploración de mamas.
3. Evaluar el impacto post intervención al mes con la estrategia educativa implementada.

7. HIPÓTESIS

- **Ho:** Menos del 50 por ciento de las mujeres, posterior a una intervención educativa, no mejoran la técnica de autoexploración de mamas.
- **Hi:** Al Menos el 50 por ciento de las mujeres, posterior a una intervención educativa, mejoran la técnica de autoexploración de mamas.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Periodo y sitio de estudio:

- Enero a diciembre de 2016, U.M.F. No. 21

8.2 Universo de trabajo y población de estudio:

- Mujeres de 20 a 59 años que pertenezcan a la U.M.F. No. 21

8.3Diseño de estudio.

- Cuasi experimental

8.4 Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 20a 59 años de edad.
- Derechohabientes del IMSS y adscritos a la UMF No 21.
- Que firmen el consentimiento informado.

8.5 Criterios de exclusión:

- No tener cáncer de mama diagnosticado hasta la fecha del estudio.
- Que hayan sido intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama.
- Pacientes con alguna incapacidad intelectual que no les permita ser intervenida.

8.6 Criterios de eliminación:

- Que desee retirarse del estudio.
- Cambio de UMF.
- Que por cualquier motivo no se presenten en el seguimiento del estudio

9. MUESTRA

Para obtener el tamaño de la muestra se obtuvo la información del Diagnóstico de Salud de la UMF 21 realizado en 2015; donde se reporta que la población mujer entre 20 a 59 años es de 42 408. Por el tipo de estudio la muestra se obtendrá por conveniencia.

10. CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tipo de muestreo: Por conveniencia

Se estimó un tamaño mínimo de muestra con una frecuencia esperada en el grupo 1 sin intervención del 39% y del grupo 2 post intervención del 61%, un intervalo de confianza del 95% y una precisión de 0.05. Lo que da un tamaño de muestra de 78 pacientes.

Formula:

$$n = (p_1q_1 + p_2q_2) (K) / (p_1 - p_2)^2$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra que se requiere

p1: Suposición de frecuencia del resultado en el grupo 1 sin intervención

=0.39

p2: Suposición de frecuencia del resultado que se espera en el grupo 2 con intervención.

=0.61

q1: Complemento de p1

=1-p1

=1-0.39

= 0.61

q2: Complemento de p2

$$=1-p^2$$

$$=1-0.61$$

$$=0.39$$

K: Constante

$$=7.9$$

Sustituyendo:

$$\begin{aligned}n &= [(0.39) (0.61) + (0.61) (0.39)] (7.9) / (0.39 - 0.61)^2 \\&= (0.2379 + 0.2379) (7.9) / 0.048 \\&= (0.4758) (7.9) / 0.048 \\&= 3.758 / 0.048 \\&= \mathbf{78.2}\end{aligned}$$

11. VARIABLES

Covariables:

- Edad
- Genero
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado Civil

Variable Independiente:

- Intervención educativa

Variable Dependiente:

- Autoexploración de mamas

11.1 Operacionalización de variables:

Covariables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Número en años cumplidos al inicio del estudio.	Cuantitativo Discontinua	1. 20-24 2. 25-29 3. 30-34 4. 35-39 5. 40-44 6. 45-49 7. 50-54 8. 55-59
Género	Características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.	El sexo que reporte el paciente en la encuesta	Cualitativo nominal	1.Masculino 2.Femenino

Escolaridad	Conjunto de estudios que una persona posee.	Nivel escolar registrado en la encuesta	Cualitativo ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Maestría 6. Doctorado
Ocupación	Referente a lo que demanda cierto tiempo, parcial o total de un día, generando o no ganancias.	Trabajo que desempeña y que registra en la encuesta	Cualitativo nominal	1. Asalariado 2. No asalariado
Estado civil	Condición de una persona en el orden social.	Situación civil en el que refiere el la paciente el cual registra en la encuesta	Cualitativo nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo

Variable Independiente

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Intervención educativa en Autoexploración de glándulas mamarias	Exploración que una persona realiza de su propio cuerpo	Evaluación basal de autoexploración de mamas	Cualitativa nominal	1. Correcta 2. Incorrecta
Autoexploración de glándulas mamarias final.	Exploración que una persona realiza de su propio cuerpo	Evaluación postintervención de autoexploración de mamas	Cualitativa nominal	1. Correcta 2. Incorrecta

Variable Dependiente

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Realización de autoexploración de mamas	Exploración que una persona realiza de su propio cuerpo	Realización sistematizada de inspección y palpación de glándulas mamarias.	Cualitativa nomina	1. Si 2. No

12. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

A. El presente estudio se inició en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la Ciudad de México durante el periodo de enero 2016.

B. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a desarrollar.

C. Se realizó un instrumento basado en las Guías de práctica clínica: Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención; Diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención; Intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención así como en la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2-2011: Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, el instrumento fue validado por profesionales del área de la salud (médicos y enfermera expertos en el tema), consiste en 43 ítems.

D. Se redactó un consentimiento informado que fue dirigido al Comité de Ética de esta unidad, solicitando el permiso para la realización de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas, en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la U.M.F. No. 21.

E. Una vez registrado el protocolo al SIRELCIS y de ser autorizado por el Comité de Investigación, se captarán a las pacientes en el área de consulta externa de la unidad, incorporándose al estudio las que cumplieran con los criterios de inclusión, tomando en cuenta las de primera vez y subsecuentes. Se aplicará el instrumento antes mencionado, para evaluar de modo inicial la autoexploración de mamas. Se citan en 15 días en la biblioteca de la unidad.

F. En la biblioteca mediante la técnica de exposición y palabras claves se ocupó una presentación, basada en la documentación antes citada, se les menciona la importancia y las indicaciones, sobre la autoexploración de mamas, después se les explico la técnica correcta de autoexploración y para finalizar se ocupó la técnica de la palabra clave. Se da cita en 15 días.

G. En una segunda sesión, en la biblioteca, utilizando la técnica de exposición y palabras claves y antes de dar inicio se proyectó la presentación que con 15 días previos se les hizo de su conocimiento, solo la parte de técnica de autoexploración de mamas; todo esto con la finalidad de reforzar el tema, se volvieron a aclarar dudas. Posteriormente con la presencia de una enfermera general, se pasó, una por una al frente, para que explicaran la autoexploración de mamas apoyadas en un modelo anatómico de tórax femenino cerrando con la técnica de la palabra clave. Se da cita en 15 días.

H. En la tercera sesión, en la biblioteca, utilizando la técnica de aprendizaje denominada foro, se invitó a dos pacientes con antecedentes de cáncer de mama, con la finalidad de realzar la importancia de autoexplorarse y compartir su vivencia alrededor del cáncer. Al término de esta estrategia, ya estando las pacientes sensibilizadas y antes de finalizar la sesión se les mostro la presentación vista en las sesiones anteriores, solo la parte de técnica de autoexploración de mamas, utilizando la técnica de exposición y palabras claves. Se cerró la sesión con la técnica de la palabra clave. Se da cita en 15 días.

I. En esta cuarta y última sesión, en la biblioteca, se les aplico el mismo instrumento postintervención, con la finalidad de observar si hubo algún cambio posterior a la aplicación del mismo. Se concluye, agradece al grupo su participación y se incentiva a seguir con la autoexploración de mamas y a capacitar a sus familiares y amigas.

J. Una vez recolectada esta información se realizará una base de datos en el sistema Microsoft Excel así como en SPSS. Se utilizará como análisis estadístico la prueba Chi cuadrada.

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegará la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmienda año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

14. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Posterior a obtener la autorización por parte del Director y por el Comité de Investigación de la U.M.F. No. 21, se seguirán de manera ordenada y respetuosa los lineamientos éticos para la recolección de la información. Una vez recolectados los datos, estos se analizarán utilizando porcentajes y se realizará análisis estadístico mediante la prueba de Chi cuadrada. Se estratificará por grupos de acuerdo al análisis obtenido de las covariables y de las variables independientes y dependientes.

Los resultados obtenidos se reportarán en tablas y gráficos, se utilizará el programa de Excel y SPSS para el análisis estadístico, posteriormente se presentarán los resultados obtenidos en la investigación a la Directora de la unidad y al departamento de investigación en salud de esta unidad.

15. CONFLICTOS DE INTERÉS

El grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

16. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos.

- 1.- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- 2.- Investigador.
- 3.- Asesores metodológicos.

Recursos materiales.

- 1.- Computadora y proyector
- 2.- Papelería de oficina
- 2.- Instrumento impreso.
- 3.- Programa de análisis estadístico SPSS.

Recursos financieros.

- 1.- Instalaciones propias del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Financiado por el propio investigador.
- 3.- Aspectos de bioseguridad no requeridos.

17. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Ninguno

18. BENEFICIOS ESPERADOS

El paciente recibirá educación de la correcta autoexploración de mamas que le ayudará a detectar cualquier anomalía en las mismas con la finalidad de acudir a las unidades de primer nivel, de manera precoz, generando de esta forma un diagnóstico temprano tanto de las enfermedades benignas como de las malignas todo esto ayudado con la exploración clínica y los diferentes estudios de imagen depende del caso particular de cada paciente.

19. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Anexo: 25.1

20. RESULTADOS

Características sociodemográficas:

El total de la muestra poblacional para este estudio fue de 61 pacientes, mujeres, con un rango de edad de 21 a 59 años, teniendo una media de 39 años. La escolaridad que predomina fue preparatoria completa con un 37.7%. El estado civil que más prevalece fue casada en un 32.79%, mientras que en ocupación hay un mayor porcentaje en otras, con un 37.7% (Se entiende por otras a: Estudiante, comerciante, empleada, pensionada, artesana, jubilada.)

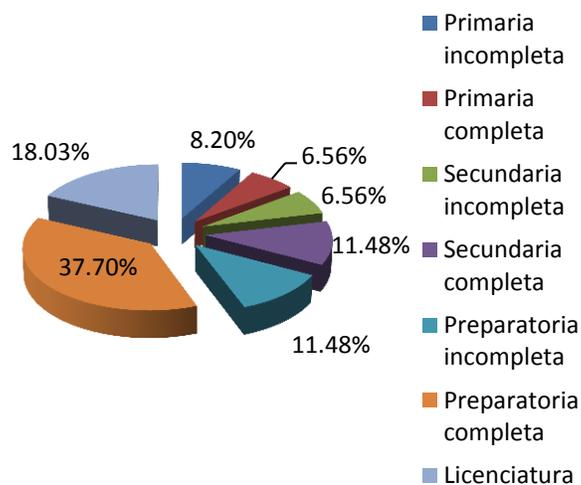
TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

		N= 61	Media	Desviación Estándar	Rango
EDAD			38.8	11.9	21-59
			Frecuencia	Porcentaje	
ESCOLARIDAD	Primaria incompleta		5	8.2%	
	Primaria completa		4	6.56%	
	Secundaria incompleta		4	6.56%	
	Secundaria completa		7	11.48%	
	Preparatoria incompleta		7	11.48%	
	Preparatoria completa		23	37.7%	
	Licenciatura		11	18.03%	
			Frecuencia	Porcentaje	
ESTADO CIVIL	Soltera		18	29.51%	
	Casada		20	32.79%	
	Divorciada		8	13.11%	
	Viuda		1	1.64%	

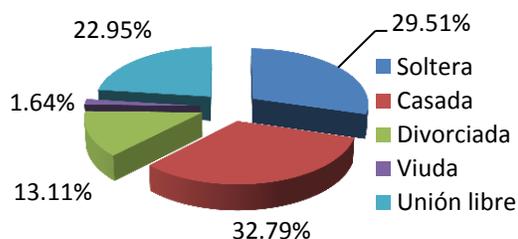
		Frecuencia	Porcentaje
Unión libre		14	22.95%
OCUPACIÓN	Hogar	18	29.51%
	Obrero	10	16.39%
	Profesionista	10	16.39%
	Otra	23	37.70%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

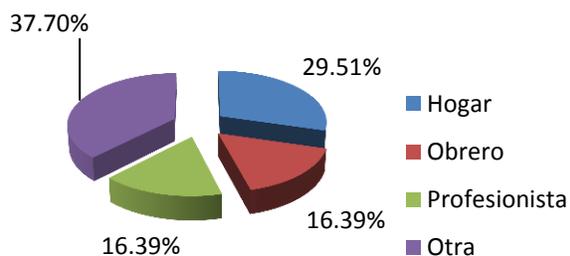
GRÁFICA 1: ESCOLARIDAD



GRÁFICA 2: ESTADO CIVIL



GRÁFICA 3: OCUPACIÓN



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre “Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.”

Antecedentes gineco-obstétricos:

Dentro de las variables gineco-obstétricas tenemos que el de inicio de menstruación va desde los 9 hasta los 15 años, con una media de 12 años de edad. La edad del primer embarazo varía desde los 14 a los 37 años con un promedio de 21 años. La mayor parte de las pacientes mencionaron haber tenido 2 embarazos representando un 33.33% seguido de 3 embarazos con un 31.25%, 1 parto (37.93%), 1 cesaría (68.18%) y 1 aborto (72%).

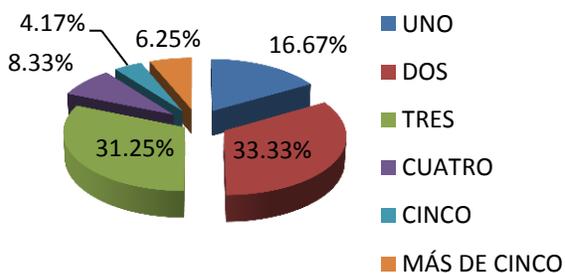
TABLA II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

	Media	Desviación Estándar	Rango
INICIO DE MENSTRUACIÓN	12.4	1.47	9-15
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	21.5	4.91	14-37
		Frecuencia	Porcentaje
NÚMERO DE EMBARAZOS	Uno	8	16.67%
	Dos	16	33.33%

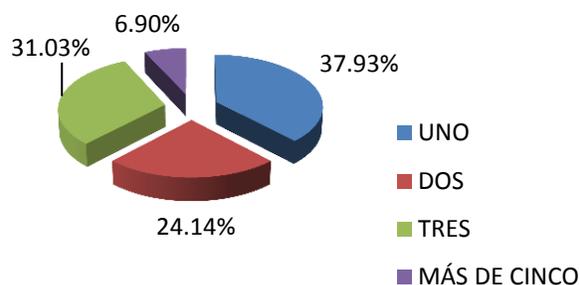
	Tres	15	31.25%
	Cuatro	4	8.33%
	Cinco	2	4.17%
	Más de cinco	3	6.25%
		Frecuencia	Porcentaje
NÚMERO DE PARTOS	Uno	11	37.93%
	Dos	7	24.14%
	Tres	9	31.03%
	Más de cinco	2	6.90%
		Frecuencia	Porcentaje
NÚMERO DE CESAREAS	Uno	15	68.18%
	Dos	3	13.64%
	Tres	4	18.18%
		Frecuencia	Porcentaje
NÚMERO DE ABORTOS	Uno	18	72%
	Dos	4	16%
	Tres	2	8%
	Cinco	1	4%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

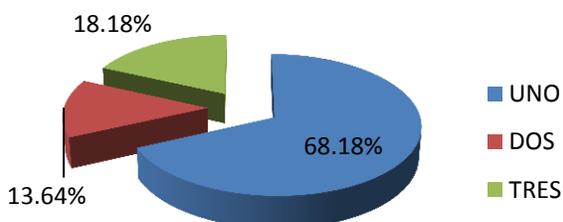
GRÁFICA 4: NÚMERO DE EMBARAZOS



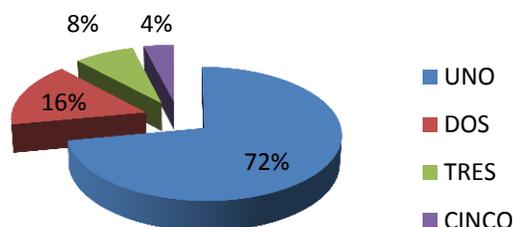
GRÁFICA 5: NÚMERO DE PARTOS



GRÁFICA 6: NÚMERO DE CESAREAS



GRÁFICA 7: NÚMERO DE ABORTOS



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Tiempo de lactancia:

El tiempo de lactancia que realizaron las pacientes en promedio fue de 8 meses, con un rango desde los 2 hasta los 46 meses.

TABLA III. TIEMPO DE LACTANCIA EN MESES

Media	Desviación Estándar	Rango en meses
8.56	8.25	2-46

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Método de planificación familiar:

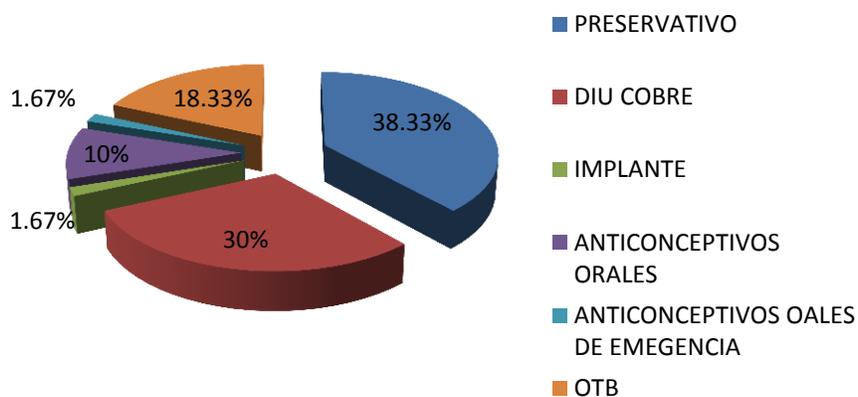
El método de planificación familiar que utilizaron la mayor parte de las pacientes fue el uso de preservativo en un 38.33%.

TABLA IV. MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje
PRESERVATIVO	23	38.33%
DIU COBRE	18	30%
IMPLANTE	1	1.67%
ANTICONCEPTIVOS ORALES	6	10%
ANTICONCEPTIVOS ORALES DE EMERGENCIA	1	1.67%
OTB	11	18.33%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 8: MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Inicio de menopausia:

Durante el estudio se analizó que en promedio a los 47 años de edad las pacientes tuvieron menopausia, con un rango de edad que varía desde los 36 a los 54 años de edad.

TABLA V. INICIO DE MENOPAUSIA EN AÑOS

Media	Desviación Estándar	Rango en años
47.1	5.54	36-54

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Medio de aprendizaje de la autoexploración de mamas:

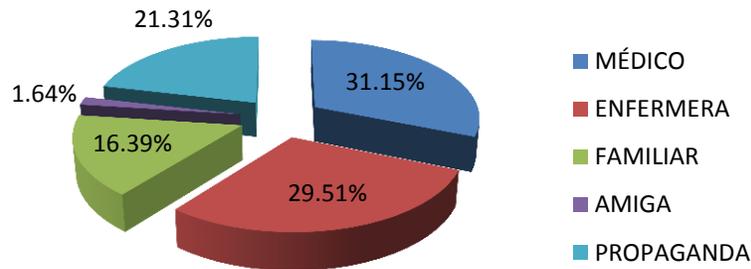
Con un 31.15% de las pacientes mencionaron que el medico fue la persona que explico la manera en cómo se debían de autoexplorar las mamas, seguido por un 29.51% que comento que fueron las enfermeras quienes les enseñaron la técnica.

TABLA VI. MEDIO DE APRENDIZAJE DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS

	Frecuencia	Porcentaje
MÉDICO	19	31.15%
ENFERMERA	18	29.51%
FAMILIAR	10	16.39%
AMIGA	1	1.64%
PROPAGANDA	13	21.31%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 9: MEDIO DE APRENDIZAJE



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Edad de inicio de autoexploración:

El rango del inicio de autoexploración en las mujeres incluidas en este estudio va desde los 15 a los 50 años de edad con una media de 29 años.

TABLA VII. EDAD DE LAS PACIENTES EN QUE INICIARON LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN AÑOS

Media	Desviación Estándar	Rango en años
28.6	9.31	15-50

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Motivo de autoexploración de mamas:

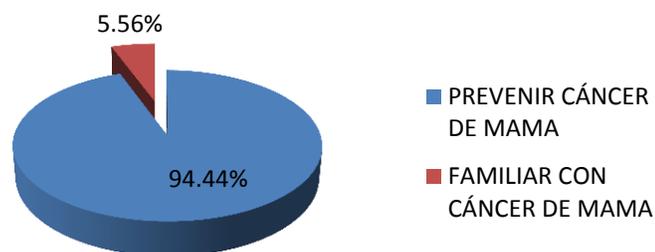
54 pacientes incluidas en este estudio menciono que se realizaban autoexploración de mamas, de las cuales solo un 5.56% menciono realizárselo por tener un familiar con cáncer de mama, mientras que el 94.44% menciono realizárselo para prevenir cáncer de mama.

TABLA VIII. MOTIVO DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS

	Frecuencia	Porcentaje
PREVENIR CÁNCER DE MAMA	51	94.44%
FAMILIAR CON CÁNCER DE MAMA	3	5.56%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 10: MOTIVO DE AUTOEXPLORACIÓN



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Motivo sino realizaron autoexploración de mamas:

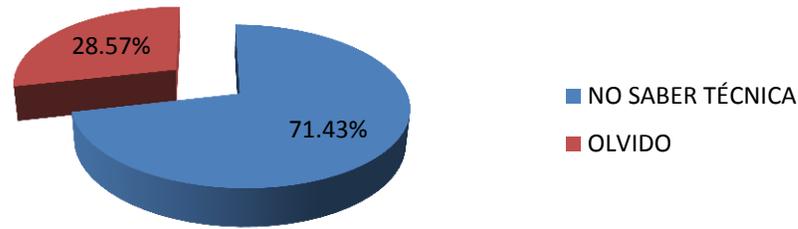
Solo 7 pacientes mencionaron no haberse realizado autoexploración de mamas, un 71.43% refieren que fue por no saber la técnica, mientras que un 28.57% mencionaron que fue por olvido.

TABLA IX. MOTIVO SI NO REALIZA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS

	Frecuencia	Porcentaje
NO SABER TÉCNICA	5	71.43%
OLVIDO	2	28.57%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 11: MOTIVO SI NO REALIZA AUTOEXPLORACIÓN



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Conocimiento de autoexploración de mamas:

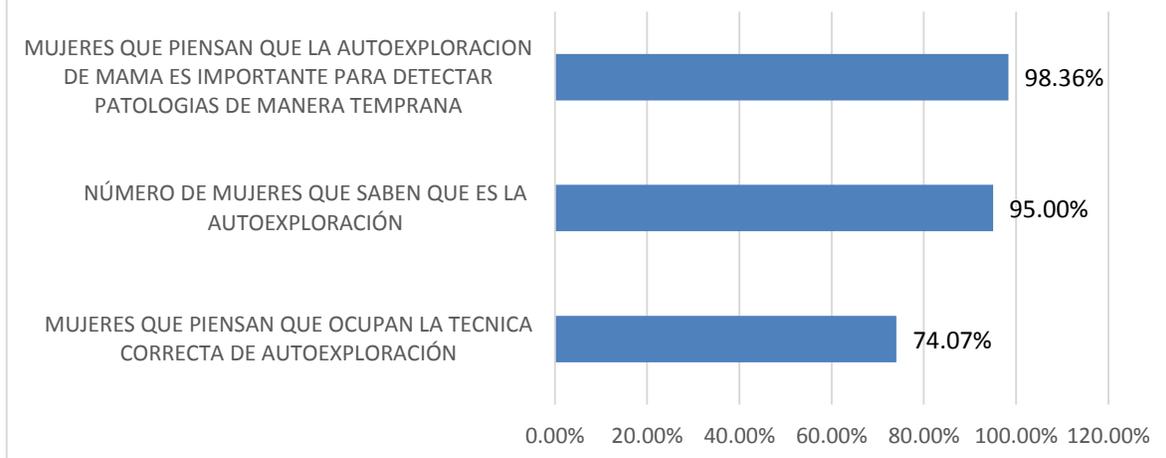
Un 95% de las mujeres encuestadas mencionaron que saben que es la autoexploración de mamas; solo un 74.07% piensan que ocupan la técnica correcta y 98.36% comentaron que la autoexploración es importante para detectar patologías tempranamente.

TABLA X. CONOCIMIENTO DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS

	Frecuencia	Porcentaje
MUJERES QUE SABEN QUE ES LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS	58	95%
MUJERES QUE PIENSAN QUE OCUPAN LA TÉCNICA CORRECTA DE AUTOEXPLORACIÓN	40	74.07%
MUJERES QUE PIENSAN QUE LA AUTOEXPLORACIÓN ES IMPORTANTE PARA DETECTAR PATOLOGÍAS TEMPRANAMENTE	60	98.36%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 12: CONOCIMIENTO DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Edad en que se debe de iniciar la autoexploración de mamas:

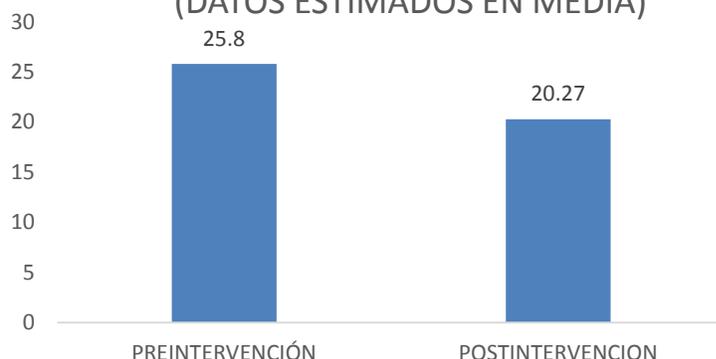
Antes de realizar la intervención las pacientes respondieron una amplia gama de edades en las que se debe de iniciar la autoexploración de mamas variando desde los 11 hasta los 50 años de edad con una media a los 26 años, postintervención se limitó a un rango que va desde los 20 hasta los 22 años de edad, con una media de 20 años.

TABLA XI. EDAD EN QUE SE DEBE DE INICIAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS, EN AÑOS

	Media	Desviación Estándar	Rango en años
PREINTERVENCIÓN	25.8	8.9	11-50
POSTINTERVENCIÓN	20.27	0.63	20-22

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 13: EDAD EN QUE SE DEBE DE INICIAR LA AUTOEXPLORACIÓN
(DATOS ESTIMADOS EN MEDIA)



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Periodicidad en realizar autoexploración de mamas:

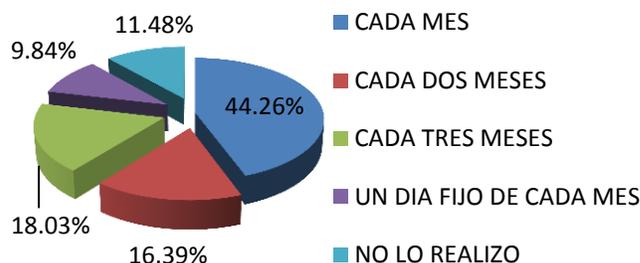
Previo a la realización del instrumento se observa que el 44.26% de las mujeres encuestadas comentó que se debe de realizar la autoexploración de mamas cada mes, mientras que posterior a la intervención aumento a 80.33%

TABLA XII. PERIODICIDAD EN REALIZAR AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS

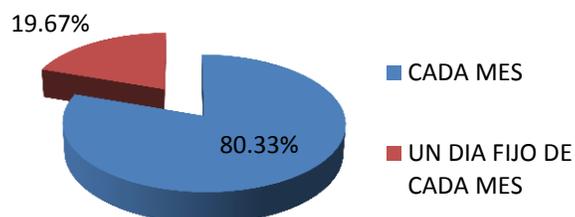
		Frecuencia	Porcentaje
PREINTERVENCIÓN	Cada mes	27	44.26%
	Cada dos meses	10	16.39%
	Cada tres meses	11	18.03%
	Un día fijo de cada mes	6	9.84%
	No lo realizo	7	11.48%
		Frecuencia	Porcentaje
POSTINTERVENCIÓN	Cada mes	49	80.33%
	Un día fijo de cada mes	12	19.67%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 14: PERIODICIDAD EN REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS (PREINTERVENCIÓN)



GRÁFICA 15: PERIODICIDAD EN REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS (POSTINTERVENCIÓN)



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Día de realizar la autoexploración de mamas a partir del ciclo menstrual:

Del total de las pacientes en este estudio, un 55.56% mencionaron previamente a la intervención, que no tenían fecha fija para realizarse la autoexploración de mamas, al aplicar la intervención se logra unificar el criterio indicando el 95.08% que se debe de realizar entre el día 5 al 10 a partir del ciclo menstrual.

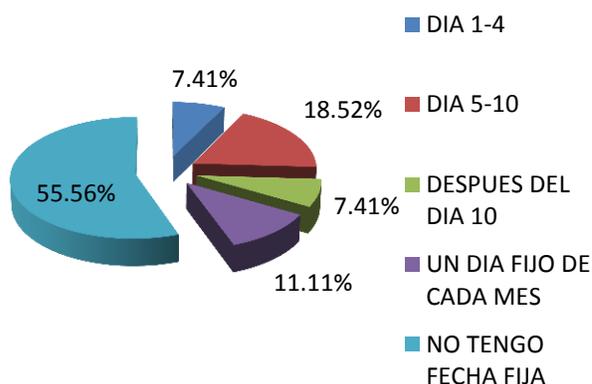
TABLA XIII: DÍA EN QUE SE DEBE DE REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS A PARTIR DEL CICLO MENSTRUAL

	Frecuencia	Porcentaje
PREINTERVENCIÓN	Día 1-4	4 7.41%
	Día 5-10	10 18.52%
	Después del día 10	4 7.41%
	Un día fijo de cada mes	6 11.11%
	No tengo fecha fija	30 55.56%

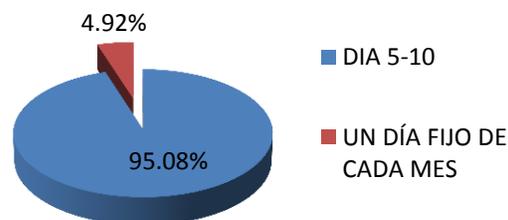
	Frecuencia	Porcentaje	
POSTINTERVENCIÓN	Día 5-10	58	95.08%
	Un día fijo de cada mes	3	4.92%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 16: DÍA EN QUE SE DEBE DE REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN A PARTIR DEL CICLO MENSTRUAL (PREINTERVENCIÓN)



GRÁFICA 17: DÍA EN QUE SE DEBE DE REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN A PARTIR DEL CICLO MENSTRUAL (POSTINTERVENCIÓN)



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Interrupción de autoexploración de mamas en embarazo o lactancia:

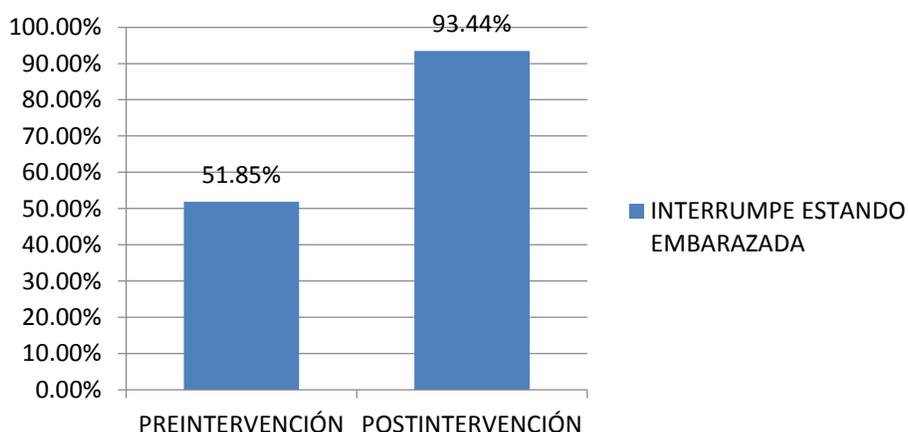
El 51.85% del total de las pacientes, antes de realizar la intervención, respondió que no se debe de realizar estando embarazada o lactando, al aplicar la intervención se observa que aumento a 93.44%.

TABLA XIV. MUJERES QUE NO INTERRUMPEN LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS ESTANDO EMBARAZADAS O LACTANDO

	Frecuencia	Porcentaje
PREINTERVENCIÓN	28	51.85%
POSTINTERVENCIÓN	57	93.44%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 18: NO INTERRUMPE ESTANDO EMBARAZADA



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Comparación del conocimiento de la técnica de autoexploración de mamas pre y post intervención:

Antes de aplicar la intervención el conocimiento que se tenía sobre la técnica de autoexploración de mamas era escasa, en todos los rubros; posterior a la intervención se logró aumentar en más del 90% de todas estas.

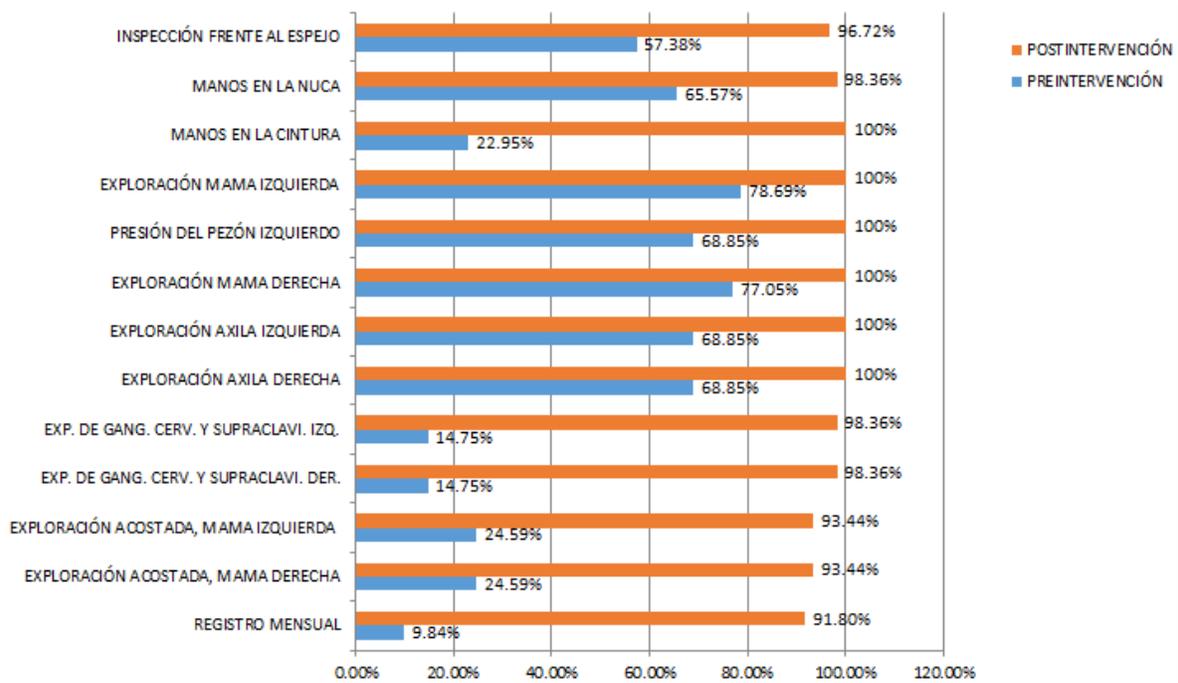
TABLA XV. CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS

		Frecuencia	Porcentaje
INSPECCIÓN FRENTE AL ESPEJO	PREINTERVENCIÓN	35	57.38%
	POSTINTERVENCIÓN	59	96.72%

		Frecuencia	Porcentaje
MANOS EN LA NUCA	PREINTERVENCIÓN	40	65.57%
	POSTINTERVENCIÓN	60	98.36%
		Frecuencia	Porcentaje
MANOS EN LA CINTURA	PREINTERVENCIÓN	14	22.95%
	POSTINTERVENCIÓN	61	100%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLORACIÓN MAMA IZQUIERDA	PREINTERVENCIÓN	48	78.69%
	POSTINTERVENCIÓN	61	100%
		Frecuencia	Porcentaje
PRESIÓN DEL PEZÓN IZQUIERDO	PREINTERVENCIÓN	42	68.85%
	POSTINTERVENCIÓN	61	100%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLORACIÓN MAMA DERECHA	PREINTERVENCIÓN	47	77.05%
	POSTINTERVENCIÓN	61	100%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLORACIÓN AXILA IZQUIERDA	PREINTERVENCIÓN	42	68.85%
	POSTINTERVENCIÓN	61	100%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLORACIÓN AXILA DERECHA	PREINTERVENCIÓN	42	68.85%
	POSTINTERVENCIÓN	61	100%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLO. DE GANGLIOS CERVI. Y SUPRACLAVI. IZQ.	PREINTERVENCIÓN	9	14.75%
	POSTINTERVENCIÓN	60	98.36%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLO. DE GANGLIOS CERVI. Y SUPRACLAVI. DER.	PREINTERVENCIÓN	9	14.75%
	POSTINTERVENCIÓN	60	98.36%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLORACIÓN ACOSTADA, MAMA IZQUIERDA	PREINTERVENCIÓN	15	24.59%
	POSTINTERVENCIÓN	57	93.44%
		Frecuencia	Porcentaje
EXPLORACIÓN ACOSTADA, MAMA DERECHA	PREINTERVENCIÓN	15	24.59%
	POSTINTERVENCIÓN	57	93.44%
		Frecuencia	Porcentaje
REGISTRO MENSUAL	PREINTERVENCIÓN	6	9.84%
	POSTINTERVENCIÓN	56	91.8%

Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

GRÁFICA 19: CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS

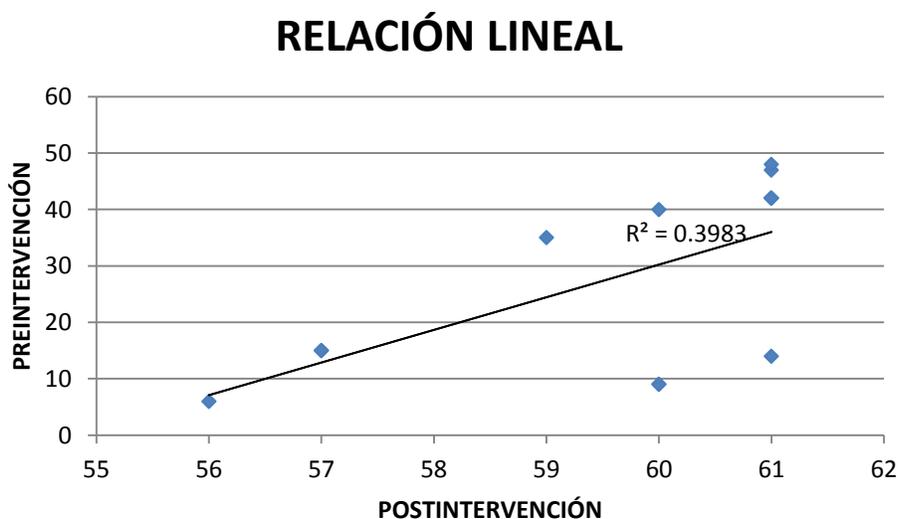


Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

Relación entre la intervención y la autoexploración de mamas:

Esta gráfica muestra la relación entre la intervención y la mejoría de la autoexploración de mamas, teniendo una relación lineal positiva con un valor de R^2 de 0.39.

GRÁFICA 20: RELACIÓN ENTRE INTERVENCIÓN Y LA MEJORÍA DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS.



Fuente: Recolección de datos del estudio sobre Alcance de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF No 21.

21. DISCUSIÓN

Es necesario que las mujeres conozcan la forma correcta de realizar la autoexploración de mamas, ya que sin este conocimiento es difícil que se pueda detectar de forma temprana cualquier anomalía.

Después de la intervención educativa efectuada, se demuestra un incremento del conocimiento sobre la autoexploración de mamas, influyendo en la importancia que tiene el que se autoexploran: A partir de los 20 años, cada mes durante los días 5-10 después del ciclo, en pacientes con menopausia un día fijo al mes, no interrumpir durante el embarazo o lactancia y realizar la técnica de manera correcta como se observa en publicaciones de la maestra Ortega.¹³

El conocimiento de la edad en la que se debe de realizar la autoexploración, antes de la intervención en este estudio, se observó que es variado, desde los 11 hasta los 50 años de edad, observándose que solo 11 pacientes la hacen a partir de los 20 años como lo recomienda la Asociación Americana de Cáncer en el estudio del Dr. Yépez¹⁵ y la NOM 041¹⁴. Posterior a la intervención se obtuvo un incremento en el conocimiento de 50 pacientes.

Por otro lado, también en la publicación del Dr. Yépez¹⁵ menciona que la autoexploración debe ser entre los días siete y diez del ciclo menstrual, y en la mujer postmenopáusica un día fijo del mes; al aplicar el cuestionario antes de la intervención nos percatamos que solo el 18.52% de las mujeres en estado fértil lo realizaban de esta forma así como el 11.11% de las postmenopáusicas en un día fijo mensual; con la intervención se logró incrementar al 95% en las mujeres fértiles.

En base a lo publicado por la Enf. Silva⁷ contempla que solo el 31.8% de las pacientes aprendió la autoexploración de mamas en las unidades de salud familiar, ya que la mayoría tuvo conocimiento a través de los medios de comunicación. Sin embargo, en nuestros resultados se observa lo contrario, un mayor aprendizaje por parte de médicos y enfermeras con un 31.15% y 29.51% respectivamente, mientras que los medios de comunicación representaron solo 21.31% lo cual coincide con la publicación del Dr. Yépez¹⁵, comentando que el 76.5% fue enfermería quien enseñó la técnica y también reforzado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS 2010) de Colombia,²⁰ este anterior menciona que el 53% fue aprendida por médicos y enfermeras. De aquí deriva la importancia de la enseñanza del personal de salud hacia las derechohabientes.

En un estudio realizado por el Dr. Manrique¹⁹, en Colombia, observo que la escolaridad influye en la frecuencia y realización correcta de la autoexploración. Esto coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio observando que la mayor parte de ellas tenían la escolaridad de preparatoria completa con un 37.7%.

Hay diferentes estudios donde se reconoce que pocas mujeres se realizan autoexploración y en las que lo realizan hay inconsistencias en la frecuencia y

ejecución de las maniobras. En el estudio del Dr. Yépez¹⁵ menciona que de las pacientes que si se autoexploran, el 91.8% menciono que el motivo era la prevención y de las que no lo realizaban era por desidia y por flojera en un 50%. Lo cual coincide con lo encontrado en este estudio ya que el 94.4% lo realiza para prevenir el cáncer de mama, mientras que de las que no lo realizan (7 pacientes) el 71.4% es por no saber la técnica y el 28.5% es por olvido.

Hay diferentes publicaciones realizadas en Uruguay¹³ y E.U.¹⁹ donde se capacitan a las pacientes desde la adolescencia, aunque hoy en día todavía no se tienen resultados consistentes.

22. CONCLUSIÓN

1. Se debe de realzar la importancia que tiene la educación impartida por el personal médico y de enfermería brindada hacia las pacientes de primer nivel con la finalidad de informar para que sirve, a partir de qué edad y en qué días del ciclo menstrual se debe de realizar, periodicidad y técnica correcta de autoexploración de mamas, todo esto para autodetectar tempranamente cualquier alteración y una vez reconocida acudir a consulta externa de medicina familiar.
2. A pesar del manejo interdisciplinario del área médica, enfermería y trabajo social de la U.M.F. No. 21, no se observa en los resultados basales que las pacientes tengan un adecuado conocimiento de la autoexploración de mamas, repercutiendo en realizar una mala técnica o no realizarlo.
3. Las pacientes a las que se les realizo el estudio refieren no haber sido capacitadas para realizárselo y más de una menciona que no le comenta al médico por pena, sin embargo, la mayoría mostro interés por aprenderlo, siendo el principal motivo el prevenir el cáncer de mama.
4. Se debe de unificar los criterios que tienen las pacientes mediante la educación para iniciar la autoexploración de mamas a edades pertinentes.
5. La escolaridad que presentaron las pacientes es diversa, siendo desde la primaria incompleta hasta la licenciatura, concentrándose la mayor parte de ellas en preparatoria completa, lo cual influyo en el resultado.
6. Son contadas las pacientes que mencionaron haber sido capacitadas en la autoexploración de mamas por parte de médicos y/o enfermeras, lo cual también influyo en el resultado obtenido.

23. SUGERENCIAS

Ocupando diferentes técnicas de aprendizaje como la exposición, en más de una ocasión, y la mesa redonda, se logra que las pacientes aprendan la técnica de autoexploración de mamas. Sugiriendo que el personal multidisciplinario lleve a cabo estas técnicas educativas para capacitar a la mujer en su autoexploración, ya que las que están utilizando no están dando resultados fructíferos.

En este mismo sentido se propone mayor involucramiento del equipo multidisciplinario, ya que de lo contrario no se va a observar cambios.

Traería buenos resultados el incluir como parte del reforzamiento de la autoexploración de mamas, las redes de apoyo, ya que de esta manera fungiría como persona que haga el recordatorio para que la paciente realice su autoexploración.

Ante el crecimiento de la población femenina se deben de crear estrategias con la finalidad de detectar de manera temprana alteraciones en las mamas. Es así que se propone crear un programa que se dedique exclusivamente a capacitar a las mujeres para que adquieran el conocimiento correcto de la autoexploración de mamas de manera constante y no solo como única ocasión. De este modo pueden divulgar la información.

Como se comentó previamente, se aconseja generar programas en las adolescentes con la finalidad de formarse el hábito de autoexplorarse y de este modo detectar cualquier patología de manera temprana.

Se sugiere completar las siguientes guías de práctica clínica: “Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el 1º nivel de atención”, “Diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención”, “Intervención de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención” así como la Norma Oficial Mexicana 041 “Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama” en el apartado de técnica de autoexploración de mama.

24. BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria de salud. *Guía de práctica clínica de intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención*. México; Secretaria de Salud, 2014. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-743-15-Enfermeria-Camama/GRR_FINAL_CAMA_12_DE_MARZO_PDF.pdf (ultimo acceso abril 2016).
2. Secretaria de salud. *Guía de práctica clínica de prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención*. México; Secretaria de Salud, diciembre 2011. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/001_GP_C_CadeMama/SS_001_08_EyR.pdf (ultimo acceso abril 2016).
3. Ocon Hernández O. Supervivencia en cáncer de mama tras 10 años de seguimiento en las provincias de Granada y Almería. *RevEsp Salud Pública* 2010; 85(12). <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n6/original2.pdf> (ultimo acceso mayo 2016).
4. Miller A. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ* 2014;10(3): 1-10.
5. Ricardo Ramírez J. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. *MEDISAN* 2012; 7(4): 1025-1032.
6. Rodríguez O, Pérez LE, Mesa L, Santos R, Fanjul N, Leyva M. Cáncer de mama. Intervención educativa en un área de salud. *Acta Médica del Centro* 2013; 7(3), http://www.actamedica.sld.cu/r3_13/mama.htm#bajar (último acceso mayo 2016)
7. Silva N, Soares DA, Rego S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. *Enfermería Global*. 2013; 29. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/enfermeria3.pdf> (último acceso junio 2016)

8. González LM, González MC, Nigenda G, López L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Salud Publica Mex* 2010; 52(6): 533-543.
9. Martínez L, Cruz L, López M, Cruz C, Muiño MC. Valoración del conocimiento del autoexamen de mama en mujeres en edad reproductiva del Policlínico Bernardo Posse. *Rev Haban Cienc Méd.* 2012;1(3):361-368.
10. Martínez Cruz G. Cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Una evolución desfavorable cada vez más frecuente en la práctica clínica, *Gaceta Mexicana de Oncología* 2010; 6(3): 242-245.
11. López L, Torres L, Blanco J, Hernández RU, Knaul FM. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Pública Méx.* 2014;56(5):538-546.
12. Secretaria de salud. *Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención.* México; Secretaria de salud 2009. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/240_GP_C_Diagnostico_tratamiento_PATOLOGIA_MAMARIA_BENIGNA/RER_PATOLOGIA_MAMARIA_BENIGNA.pdf (ultimo acceso abril 2016).
13. Ortega D, López M. Estrategia de la enseñanza de auto examen del seno en mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública Méx.* 2000; 42:17-25
14. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, 17 de septiembre de 2003, 1-48. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html (ultimo acceso el 27 de Mayo de 2016).
15. Yépez D, de la Rosa AG, Guerrero C, Gómez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2012;2(2):79-84.
16. Virella Trujillo ME. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. *Archivo Médico de Camagüey* 2010; 14 (1): 1-17.

17. Gálvez M. Repercusión social del modo y los estilos de vida en la prevención del cáncer de mama. *MEDICIEGO* 2013; 19 (2), http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/rev/t-12.html (último acceso mayo 2016)
18. Proenza Fernández L. Modificación de conocimientos sobre el autoexamen de mamas en mujeres de la Policlínica Universitaria “René Vallejo Ortiz”. *MEDISAN* 2012; 16(11): 1724-1730.
19. Manrique FG, Ospina JM, Vega NA, Morales AL, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Columbia). *Invest Educ Enferm.* 2012;30(1):18-27.
20. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS 2010). Colombia, Febrero 2011.* 453-463.
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf> (último acceso mayo 2016)
21. Manual de exploración clínico de las mamas. Programa de prevención y control del cáncer de mama. México; 2007. 1-42.
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15155/CLINICA DE MAMAS_CNEGSR.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15155/CLINICA_DE_MAMAS_CNEGSR.pdf) (ultimo acceso abril 2016).
22. García A. Aspectos éticos de la investigación en educación médica. *Investigación en educación médica.* 2012; 1(1).
[Riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/Num01/vol1/07_AR_ASPECTOS_ETICOS.pdf](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/Num01/vol1/07_AR_ASPECTOS_ETICOS.pdf) (ultimo acceso el 27 de Mayo de 2016).
23. Santana Chávez L. Efectividad de la autoexploración mamaria supervisada como estrategia educativa. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2015; 83(9): 522-528.
24. Purcell Valdivieso María Cecilia. *Cecilia Purcell.*
<http://www.ceciliapurcell.cl/index.html> (último acceso junio 2016)
25. García Luis. *El Arte De La Memoria.*
<http://www.elartedelamemoria.org/2010/05/13/umbral-de-declive-de-la-concentracion-concepto/> (último acceso junio 2016)
26. García JL, Sánchez C, Jiménez M, Gutiérrez M. Estilos de Aprendizaje y Estrategias de Aprendizaje: un estudio en discentes de postgrado. *Estilos de Aprendizaje* 2012; 10(10),

http://www2.uned.es/revistaestilosdeaprendizaje/numero_10/articulos/Articulo06.pdf (último acceso mayo 2016)

27. Díaz F, Hernández G. (eds.) *Estrategias Docentes Para Un Aprendizaje Significativo*, México: McGRAW-HILL, 1999.
28. Vargas L, Bustillos G. (eds.) *Técnicas Participativas Para Educación Popular*, Chile: Alforja, 1987.
29. Pimienta J. *Estrategias de enseñanza-aprendizaje. Docencia universitaria basada en competencias*, Madrid: Pearson, 2012.
30. PrevenIMSS, estrategia fundamental para prevenir, detectar y promover el diagnóstico oportuno del cáncer. Comunicado No. 012/2013. Domingo 3 de febrero de 2013.
<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201302/012>(último acceso junio 2016)
31. IMSS. Guía mujeres detección.
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/mujeres/Guia_mujeres_deteccion.pdf (último acceso junio 2016)

25. ANEXOS

25.1 Cronograma de actividades

“Impacto de una intervención educativa, participativa, para mejorar la autoexploración de mamas en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la U.M.F. No. 21.”

*Dr. Avalos Pérez Fabian, Dra. Campos Aragon Leonor,
Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto*

Actividades	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agos. 2015	Sep. 2015	Oct. 2015	Nov. 2015	Dic. 2015	Enero 2016	Feb. 2016
Planteamiento del problema y marco teórico.										
Hipótesis y variable										
Objetivos										
Actividades	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Sep. 2016	Oct. 2016	Nov. 2016	Dic. 2016
Calculo de muestra										
Hoja de registro										
Presentación ante el comité										
Aplicación de Instrumento										
Análisis de resultados										

25.2 Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

"ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARTICIPATIVA, PARA MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO 21."

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar No. 21 Francisco del Paso y Troncoso, Delegación Venustiano Carranza.
Ciudad de México a Junio de 2016

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

El cáncer de mama es un caso de salud pública, una grave amenaza para la salud de la mujer, no propio de una región, sino que afecta a nivel mundial, por otra parte se puede agregar que no es específica de algún estrato socioeconómico. Su importancia radica en que hoy en día es el primer cáncer a nivel mundial. Con anterioridad el cáncer cérvicouterino tenía el número uno en los tipos de cáncer malignos en la mujer, pero con las técnicas de diagnóstico que se llevan a cabo, ocasiono que se degradara y fuera ahora el número uno el cáncer de mama y en segundo lugar el cáncer cérvicouterino. La mayoría de los casos se autodetecta y sólo un pequeño porcentaje de todos los casos se identifica en etapas tempranas. Este padecimiento puede ser curable si se detecta de manera oportuna. Para los servicios de salud tiene un impacto significativo dado el costo emocional, social y económico que implica su atención, ya que a menudo se detecta en estadios avanzados.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

El paciente recibirá educación de la correcta exploración de mamas que le ayudará a detectar cualquier anomalía en las mismas con la finalidad de acudir a las unidades de primer nivel, de manera precoz, generando de esta forma un diagnóstico temprano tanto de las enfermedades benignas como de las malignas con la exploración clínica y los diferentes estudios de imagen.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados se informarán al final del estudio, mientras que el tratamiento se individualizará en dado caso de requerirlo, en la consulta externa de la U.M.F. No. 21

Participación o retiro:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en el estudio.

Privacidad y confidencialidad:

No se dará a conocer el nombre de los pacientes, los datos son confidenciales y únicamente serán utilizados para los fines de esta investigación

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Educar a las pacientes a realizarse una correcta autoexploración de mamas.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DR. AVALOS PÉREZ FABIÁN, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la salud, Área sistemas de la salud, Matricula: 11579552, Lugar de trabajo y adscripción: Hospital Psiquiátrico – Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS, Teléfono: 55796122 extensión 21315, Fax: sin Fax.
E-mail: fab_doc@hotmail.com.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON, Medica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de Informática Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Tel: 5518078576, Fax: sin Fax, E-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO, Médico Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar, Matricula: 98159433, Adscripción: UMF No 21, Tel: 57686000 Ext: 21428, E-mail:drivancondez@gmail.com, Fax: Sin fax.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto, UMF No 21, Francisco del paso y Troncoso No 281, Col. Jardín Balbuena, Del. Venustiano Carranza, Ciudad de México.

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



25.3 Instrumento para la recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARTICIPATIVA, PARA MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO 21. “

*Dr. Avalos Pérez Fabián, Dra. Campos Aragon Leonor,
Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto.*

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		INSTRUMENTO	
		No llenar	
1		FOLIO	
2		Fecha(dd/mm/aa) ____/____/____	
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)		
4	NSS: _____	5	Teléfono _____
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()		
7	Número de Consultorio: (____)		
8	Edad: _____ años cumplidos		
9	Género: Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()		
10	Nivel de educación: 1. Ninguna () 2. Primaria incompleta () 3. Primaria completa () 4. Secundaria incompleta () 5. Secundaria completa () 6. Bachillerato incompleto () 7. Bachillerato completo () 8. Licenciatura () 9. Maestría () 10. Doctorado ()		
9	Estado civil 1. Soltero () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre ()		
10	Ocupación: 1. Hogar () 2. Campesino () 3. Obrero () 4. Profesionalista () 5. Otra ()		
11	Inicio de menstruación: _____ años cumplidos		
12	Edad del primer embarazo: _____ años cumplidos		
13	Número de embarazos: 1. Uno () 2. Dos () 3. Tres () 4. Cuatro () 5. Cinco () 6. Más de cinco ()		
14	Número de partos: 1. Uno () 2. Dos () 3. Tres () 4. Cuatro () 5. Cinco () 6. Más de cinco ()		
15	Número de cesáreas 1. Uno () 2. Dos () 3. Tres () 4. Cuatro () 5. Cinco () 6. Más de cinco ()		
16	Número de abortos 1. Uno () 2. Dos () 3. Tres () 4. Cuatro () 5. Cinco () 6. Más de cinco ()		
17	Tiempo de lactancia materna: _____ meses		
18	Método de planificación familiar: 1. Preservativo () 2. DIU cobre () 3. DIU hormonal (MIRENA) () 4. Implante () 5. Píldoras () 6. Inyecciones () 7. Pastillas de emergencia () 8. OTB ()		
19	A qué edad se inició su menopausia: _____ años cumplidos		
20	Sabe que es la autoexploración de mama: 1. Si () 2. No ()		
21	Quien se lo enseño: 1. Médico () 2. Enfermera () 3. Familiar () 4. Amiga () 5. Folleto o propaganda ()		

22	Edad en la que inició su autoexploración de mamas: _____ años cumplidos	
23	Motivo por lo que realiza la autoexploración de mamas: 1. Prevenir cáncer de mama () 2. Porque tengo familiar con cáncer de mama ()	
24	Sino realiza la autoexploración de mamas, cual es el motivo: 1. Miedo a saber que tengo cáncer () 2. Falta de tiempo () 3. No saber la técnica correcta () 4. Olvido ()	
25	Considera que la autoexploración de mama es importante para detectar alguna patología mamaria de manera temprana: 1. Si () 2. No ()	
26	Piensa que ocupa la técnica correcta: 1. Si () 2. No ()	
27	Edad en que se inicia la autoexploración de mamas: _____ años cumplidos	
28	Realiza la autoexploración de mamas: 1. Cada mes () 2. Cada dos meses () 3. Cada tres meses () 4. Un día fijo de cada mes () 5. No lo realizo ()	
29	Día en que se realiza la autoexploración a partir del inicio del ciclo: 1. Día 1-4 () 2. Día 5-10 () 3. Después del día 10 () 4. Un día fijo de cada mes () 5. No tengo fecha fija ()	
30	Lo interrumpe cuando está embarazada o en la lactancia: 1. Si () 2. No ()	
31	Se inspecciona frente al espejo con las manos a los lados? 1. Si () 2. No ()	
32	Se inspecciona juntando las manos detrás de la nuca y coloca los codos hacia enfrente? 1. Si () 2. No ()	
33	Coloca las manos en la cintura con los hombros y codos hacia adelante? 1. Si () 2. No ()	
34	De pie frente al espejo, coloca su mano izquierda en la nuca y revisa con la yema de los dedos de la mano derecha, haciendo ligera presión, toda su mama izquierda haciendo movimientos circulares, en sentido de las manecillas del reloj, abarcando toda la mama? 1. Si () 2. No ()	
35	Aprieta suavemente el pezón izquierdo y observa si hay secreción? 1. Si () 2. No ()	
36	Realiza el mismo procedimiento con la mama derecha? 1. Si () 2. No ()	
37	Se explora la región axilar colocando su mano izquierdo detrás de la nuca, palpando con ligera presión, con la yema de su mano derecha de lo más alto hacia abajo del hueco axilar izquierda? 1. Si () 2. No ()	
38	Realiza el mismo procedimiento con la axila derecha? 1. Si () 2. No ()	
39	Sentada voltea la cabeza a la derecha y palpa con ligera presión, con la yema de los dedos de la mano derecha la parte lateral izquierda del cuello y región supraclavicular del mismo lado? 1. Si () 2. No ()	
40	Realiza el mismo procedimiento con la región derecha del cuello y supraclavicular? 1. Si () 2. No ()	
41	Acostada, con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo de su hombro izquierdo, colocando su mano izquierda en la nuca y palpa con ligera presión, con las yemas de la mano derecha toda la mama izquierda de la misma forma que lo hizo parada? 1. Si () 2. No ()	
42	Realizar el mismo procedimiento con la mama derecha? 1. Si () 2. No ()	
43	Lleva un registro mensual de lo que se observó durante la autoexploración? 1. Si () 2. No ()	

DR. AVALOS PÉREZ FABIÁN, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la salud, Área sistemas de la salud, Matricula: 11579552, Lugar de trabajo y adscripción: Hospital Psiquiátrico – Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS, Teléfono: 55796122 extensión 21315, Fax: sin Fax.

E-mail: fab_doc@hotmail.com.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON, Medica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de Informática Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Tel: 5518078576, Fax: sin Fax, E-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO, Médico Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar, Matricula: 98159433, Adscripción: UMF No 21, Tel: 57686000 Ext: 21428, E-mail:drivancondez@gmail.com, Fax: Sin fax.

25.4 Técnica de autoexploración de mamas

Técnica de exploración de mamas^{30,31}

La autoexploración de mamas consiste en la inspección y palpación de los senos por la misma mujer para familiarizarse con ellos con el objetivo de conocer la forma, superficie, consistencia y textura de sus senos y acudir al médico ante cualquier cambio.³⁰

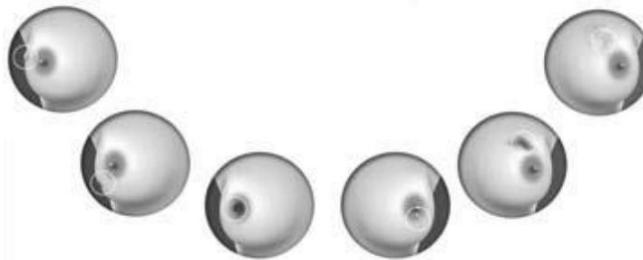
- La autoexploración debe de realizarse a partir de los 20 años entre el 5 al 10 día de menstruación o si la paciente esta histerectomizada o ya presento la menopausia, fijar un día y realizarse cada mes.
- No debe interrumpirse durante el embarazo o la lactancia.
- Familiarizarse con cambios normales de las mamas: Congestivas y dolorosas durante primeros días de la menstruación, suaves y firmes durante la menopausia.

1. Observación:

Buscar abultamientos, hundimientos, inflamación, ulceraciones en la piel, desviación o retracción del pezón o de otras áreas de la piel así como cambios de tamaño o de la forma de las mamas en las siguientes posiciones:

- Parada frente al espejo, con sus mamas descubiertas, colocar los brazos a lo largo del cuerpo y observe.
- Con los brazos levantados verticalmente observe si esta posición demuestra algún cambio entre ambos senos o entre ambos huecos axilares.
- Junte las manos detrás de la nuca, coloque los codos hacia enfrente y observe.

- Con las manos en la cintura, inclínese hacia adelante y empuje los hombros y los codos también hacia delante y observe.

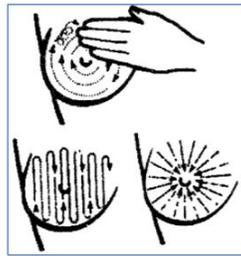
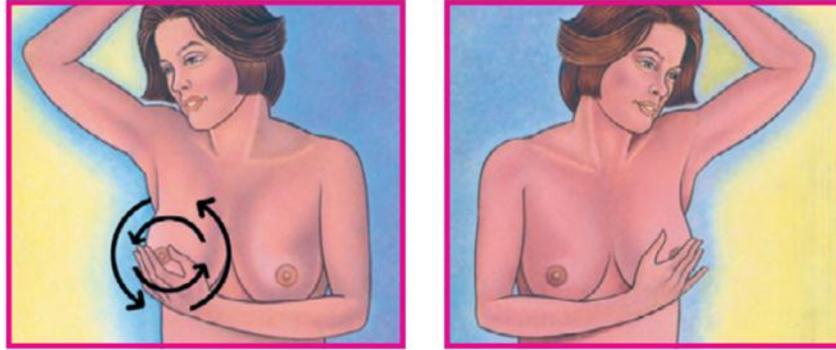


2. Palpación:

Busque bolitas, zonas dolorosas, abultamientos o consistencia diferente al resto de la mama, de la siguiente manera:

2.1 Palpar mamas:

- De pie frente al espejo o durante el baño, levante su brazo izquierdo y ponga la mano en la nuca, con la yema de los dedos de la mano derecha revise toda su mama izquierda firme y cuidadosamente, haciendo movimientos circulares de adentro hacia afuera, abarcando toda la mama y terminando donde inicio. Prestando especial atención a la parte externa de la mama que esta junto a la axila.
- Para terminar, apriete suavemente su pezón y observe si hay secreción.
- Realice el mismo procedimiento con la mama derecha.



2.2 Palpar axilas:

- La exploración de la región axilar se le indica lo realice de preferencia sentada, levantando su brazo derecho, colocando la yema de su mano izquierda de lo más alto hacia abajo del hueco axilar derecho, suave pero firme, posteriormente baje el brazo derecho y recargue en una mesa e inicie palpación con la yema de la mano izquierda con movimientos circulares.
- Realizar el mismo procedimiento con la axila izquierda.

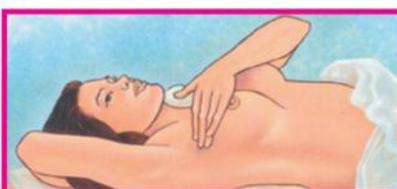


2.3 Palpar cuello:

- Sentada voltear la cabeza a la derecha y palpar con la yema de los dedos de la mano derecha la parte lateral izquierda del cuello y región supraclavicular del mismo lado con movimientos circulares.

2.4 Palpar mamas de mayor volumen:

- En posición decúbito dorsal, con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo de su hombro izquierdo, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza y palpe con las yemas de la mano derecha toda la mama izquierda de la misma forma que lo hizo parada.
- Realizar el mismo procedimiento con la mama izquierda.



El último paso consiste en llevar un registro mensual de lo que se observó durante la autoexploración.

Registro de los hallazgos de la autoexploración.

Fecha de la autoexploración (dd/mm/aaaa)				
Día del Ciclo:				
HALLAZGOS	MAMA DERECHA	MAMA IZQUIERDA	OBSERVACIONES	
INSPECCIONES				
Cambio en la coloración de la piel				
Pezón hundido				
Cambio de tamaño				
Salida de líquido del pezón				
Bolita en la axila				
Retracción de la piel				
No encontré nada fuera				
PALPACIÓN				
Bola en la axila				
No encontré nada fuera				
Bolita estática en la mama				
Bolita con movimiento en la mama				
Salida de líquido del pezón				

25.5 Cartas descriptivas

“ALCANCE DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, PARTICIPATIVA, PARA MEJORAR LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO 21.”

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión: “CONOCIMIENTO DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS”

Número de la sesión: 1

Lugar: Biblioteca, UMF 21

Horario:

- 12 Julio de 2016
- 16:00-16:40hrs

Participante: Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto

TIEMPO	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIALES
20 minutos	<p>-Indicaciones y contraindicaciones de realizar la autoexploración de mamas.</p> <p>-Dar a conocer la técnica de autoexploración de mamas.</p>	<p>-Beneficios al realizar autoexploración de mamas. Indicaciones y contraindicaciones</p> <p>-Conocimiento de la técnica de autoexploración</p>	<p>-Exposición</p> <p>-Palabras claves</p>	<p>-Computadora y proyector</p>
20 minutos	<p>-Aclarar dudas que tengan las pacientes y concluir el tema.</p>	<p>-Preguntas, comentarios, conclusiones</p>	<p>-La palabra clave</p>	

DR. AVALOS PÉREZ FABIÁN, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la salud, Área sistemas de la salud, Matricula: 11579552, Lugar de trabajo y adscripción: Hospital Psiquiátrico – Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS, Teléfono: 55796122 extensión 21315, Fax: sin Fax.

E-mail: fab_doc@hotmail.com.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON, Medica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de Informática Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Tel: 5518078576, Fax: sin Fax, E-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO, Médico Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar, Matricula: 98159433, Adscripción: UMF No 21, Tel: 57686000 Ext: 21428, E-mail:drivancondez@gmail.com, Fax: Sin fax.

Sesión: "AUTOEXPLORATE"

Número de la sesión: 2

Lugar: Biblioteca, UMF 21

Horario:

- 26 Julio de 2016
- 16:00-16:45hrs

Participantes: Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto

Enf. Iveth Contreras

TIEMPO	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIALES
10 minutos	-Reforzar la técnica de autoexploración de mamas.	-Conocimiento de la técnica de autoexploración	-Exposición -Palabras claves	-Computadora y proyector
30 minutos	-Practicar autoexploración de mama.	-Verificar que comprendieron adecuadamente la técnica de autoexploración.	-Exposición	-Modelo tórax femenino
5 minutos	-Aclarar dudas que tengan las pacientes y concluir el tema.	-Preguntas, comentarios, conclusiones	-La palabra clave	

DR. AVALOS PÉREZ FABIÁN, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la salud, Área sistemas de la salud, Matricula: 11579552, Lugar de trabajo y adscripción: Hospital Psiquiátrico – Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS, Teléfono: 55796122 extensión 21315, Fax: sin Fax.

E-mail: fab_doc@hotmail.com.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON, Medica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de Informática Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Tel: 5518078576, Fax: sin Fax, E-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO, Médico Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar, Matricula: 98159433, Adscripción: UMF No 21, Tel: 57686000 Ext: 21428, E-mail:drivancondez@gmail.com, Fax: Sin fax.

Sesión: “¿Y TÚ, TE CREES INVENSIBLE?, YO TAMBIÉN LO CREÍA”

Número de la sesión: 3

Lugar: Biblioteca, UMF 21

Horario:

- 9 Agosto de 2016
- 16:00-16:45 hrs

Participantes: Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto

C. Araceli Tun

C. Araceli Contreras

TIEMPO	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIALES
30 minutos	-Realzar la importancia de la autoexploración de mamas. -Sensibilizar a las pacientes de auto explorarse.	-Compartir vivencia alrededor del cáncer de mama. -Compartir mitos y realidades del cáncer de mama.	-Foro	
10 minutos	-Reforzar la técnica de autoexploración de mamas.	-Conocimiento de la técnica de autoexploración	-Exposición -Palabras claves	-Computadora y proyector
5 minutos	-Aclarar dudas que tengan las pacientes y concluir el tema.	-Preguntas, comentarios, conclusiones	-La palabra clave	

DR. AVALOS PÉREZ FABIÁN, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la salud, Área sistemas de la salud, Matricula: 11579552, Lugar de trabajo y adscripción: Hospital Psiquiátrico – Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS, Teléfono: 55796122 extensión 21315, Fax: sin Fax.

E-mail: fab_doc@hotmail.com.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON, Medica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de Informática Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Tel: 5518078576, Fax: sin Fax, E-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO, Médico Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar, Matricula: 98159433, Adscripción: UMF No 21, Tel: 57686000 Ext: 21428, E-mail:drivancondez@gmail.com, Fax: Sin fax..

Sesión: “¿AHORA, CREES QUE NO ES IMPORTANTE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS?”

Número de la sesión: 4

Lugar: Biblioteca, UMF 21

Horario:

- 23 Agosto de 2016
- 16:00-16:30 hrs

Participantes: Dr. Contreras Hernández Iván Filiberto

TIEMPO	OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIALES
10 minutos	-Conocer si aprendieron la técnica correcta de autoexploración de mamas postintervención	-Preguntas de autoexploración de mamas	-La palabra clave	-Instrumento impreso.
20 minutos	-Concluir con el tema de autoexploración de mamas. -Agradecer participación.	-Preguntas, comentarios, conclusiones		

DR. AVALOS PÉREZ FABIÁN, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Maestro en ciencia de la salud, Área sistemas de la salud, Matricula: 11579552, Lugar de trabajo y adscripción: Hospital Psiquiátrico – Unidad de Medicina Familiar No. 10, IMSS, Teléfono: 55796122 extensión 21315, Fax: sin Fax.

E-mail: fab_doc@hotmail.com.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON, Medica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Profesora de Informática Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Tel: 5518078576, Fax: sin Fax, E-mail: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

DR. CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO, Médico Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar, Matricula: 98159433, Adscripción: UMF No 21, Tel: 57686000 Ext: 21428, E-mail:drivancondez@gmail.com, Fax: Sin fax.