

POLICLINICO UNIVERSITARIO DOCENTE
MORÓN

**Intervención educativa sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de treinta años.
Educational intervention about breast self-examination in women older than 30 years old.**

William Mondeja Águila (1), Julio Quintana González (2), Carlos Rodríguez de Bernardo (3), Marlene Borroto Guevara (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental antes y después de la intervención educativa en el policlínico norte de Morón con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama en mujeres mayores de treinta años de edad del grupo básico de trabajo 2. El universo estuvo constituido por 268 mujeres de 30 a 59 años de edad y la muestra por 134 mujeres féminas, se estudiaron las variables generales, vías por las cuales conocieron sobre el autoexamen, frecuencia, momentos en el que se lo realizan, alteraciones que pueden detectarse, formas de diagnóstico temprano, técnica empleada en su realización. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta, se utilizó el porcentaje como medida de resumen y el Chi cuadrado para el análisis estadístico. Antes de la intervención educativa existía un nivel de conocimiento incorrecto sobre la frecuencia y el momento del ciclo menstrual en el que debe realizarse el autoexamen de mama, así como las formas de diagnóstico temprano y dominio de la técnica, variables que alcanzaron un nivel de conocimiento correcto después de la intervención educativa, con significación estadística.

Palabras Clave: NEOPLASIAS DE LA MAMA, AUTOEXAMEN DE MAMA, ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.

1. Licenciado en Enfermería. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado Ginecobstetricia. Profesor Instructor.
3. Especialista 2do Grado Ginecobstetricia. Máster en Salud. Profesor Auxiliar.
4. Especialista de 2do Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesora Titular.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer de mama constituye un serio problema para la humanidad debido a las altas tasas de incidencias y mortalidad que presenta, y los problemas que generan de orden psicológico, familiar, laboral y económico (1).

Las neoplasias malignas constituyen enfermedades cuyo origen aun se explora y son de tratamiento parcialmente eficaz, a escala mundial se deben al cáncer 1 de cada 10 defunciones, todos los años se diagnostican unos 6 millones de casos nuevos en más de la mitad de los países en desarrollo, además mueren anualmente 4,3 millones de personas en el mundo (2).

En Cuba, entre las enfermedades crónicas, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, precedida sólo por las enfermedades cardiovasculares, y es la afección que más muertes produce en el adulto de 15 a 44 años. Se ha demostrado que una de cada 14 ó 16 mujeres podrá presentar cáncer de mama en algún momento de su vida y es más frecuente entre los 45 y los 65 años. En 1980 se produjeron en Cuba 427 defunciones por cáncer de mama para una tasa de 10,2 x 100 000 habitantes, 14 años después por igual causa fallecieron 991 mujeres para una tasa de 18,1 x 100 000 habitantes (1).

En los últimos años, la aplicación del programa de atención integral a la mujer (PAIM) ha determinado que en Cuba el médico de la familia incluya en su trabajo diario las actividades relacionadas con la

prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades mamarias, debido al aumento creciente de la morbilidad y la mortalidad por esta causa (2).

En el país el programa nacional de cáncer de mama conjuga los tres métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas (ECM), el autoexamen de mama (AEM) y la mamografía (1-5).

Debido a la alta incidencia de patología de mama en el municipio Morón y sobre todo en ésta área de salud, se decide realizar una investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre AEM y de acuerdo a, las deficiencias encontradas, trazar una intervención educativa con la finalidad de incrementar el nivel de conocimiento y por tanto la detección precoz de las afecciones mamarias.

En tales circunstancias se considera como fundamento de la presente investigación la necesidad de desplazar el diagnóstico de cáncer de mama a etapas cada vez más tempranas y la posibilidad de efectuar acciones de salud encaminadas a incrementar la percepción de riesgo y enseñar el AEM, con un estudio de intervención educativa en las mujeres mayores de 30 años de edad del grupo básico de trabajo (GBT) 2.

El objetivo de este trabajo es conocer el nivel de conocimiento sobre AEM en mujeres mayores de 30 años de edad del GBT 2 y para ello se plantea la siguiente hipótesis de que si se aplica un programa de intervención educativa sobre AEM en la mujeres, se incrementará el nivel de conocimiento sobre aspectos relacionados con la frecuencia, momento del ciclo, afecciones que pueden aparecer, formas de diagnóstico y técnica correcta de realización de éste y así contribuir al diagnóstico precoz del cáncer de mama.

MÉTODO

Se realizó un estudio pre experimental antes y después de la intervención educativa con el objetivo de caracterizar y explorar el conocimiento y correcta realización de AEM en las pacientes femeninas mayores de treinta años, pertenecientes al GBT no. 2, del Policlínico Norte de la ciudad de Morón, en el periodo comprendido de enero del 2006 a enero del 2008. El universo estuvo constituido por 268 mujeres de 30 a 59 años de edad, dispensarizadas en el GBT no. 2 del Policlínico Norte de la ciudad de Morón. La muestra del estudio quedó conformada por el 50% del universo, 134 féminas seleccionadas a través de una asignación aleatoria simple. La estrategia metodológica de trabajo se basa en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico aplicados al estudio. Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta con 10 ítems antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas dicotómicas y politómicas. Después de aplicada la encuesta a las mujeres de la muestra, se desarrolló un programa educativo de seis sesiones de trabajo, de dos horas de duración, con dos frecuencias semanales, usándose como medios de enseñanza una maqueta, pizarrón y diapositivas. Se dividió el total de mujeres en 5 grupos, 4 grupos con 26 mujeres y uno con 30 mujeres. Los temas impartidos fueron: aspectos generales sobre las mamas, cáncer de mama, consideraciones sobre la frecuencia y el momento del autoexamen de mama (AEM), hallazgos más frecuentes detectadas por el autoexamen de mama y complementarios para detectar o diagnosticar las afecciones mamarias. Usándose las siguientes técnicas: "nombre y gestos", "liga del saber", "charlas en grupo" y "el abanico". Los encuentros se efectuaron en lugares pertinentes, según la conveniencia para ellas, siempre dentro de la comunidad en estudio. Cada actividad educativa al inicio se reforzó con un recuento somero de los aspectos tratados en el encuentro anterior, mediante el empleo de diversas técnicas participativas. Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad de información, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencia, empleándose el porcentaje como medida de resumen, para la identificación de diferencias significativas entre los resultados obtenidos antes y después de aplicado el programa de intervención. Se aplicó la prueba chi cuadrado (χ^2) con un nivel de significación de 0.05:

Resultado significativo: Cuando p sea menor de 0,05.

Resultado no significativo: Cuando p sea mayor de 0,05.

El procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0.

RESULTADOS

Al analizar la distribución de las mujeres según grupo de edad y ocupación se observa que en las edades comprendidas de 30 a 39 años predominaron las estudiantes para un 60 %, seguidas por 23,8% y 13,64% trabajadoras y amas de casas respectivamente. En las edades de 40 a 49 años 40% estudiantes, 46,15% trabajadoras y 25% amas de casa y en las edades de 50 a 59 años no existieron estudiantes y el 30,77% fueron trabajadoras y 61,3% amas de casa (Tabla No. 1). La distribución de las mujeres según la escolaridad se presenta en la Tabla No. 2, encontrándose en orden de frecuencia las preuniversitarias 43,28%, las universitarias 32,09%, la secundaria 18,66% y con escolaridad primaria 5,97%.

En la Tabla No. 3 se muestra la distribución de las mujeres según el conocimiento previo de la existencia del AEM. El 2,9% refirieron no haber oído hablar de esta técnica y el 97,1% sí han oído hablar de ella.

Las vías por las cuales las mujeres han escuchado hablar del AEM, se exponen en la Tabla No. 4, el 50% refirió conocerlo a través del Consultorio Médico de la Familia (CMF), 22,39% por televisión, 14,18% por otras vías, 7,46% por la prensa y 5,97% por la radio. El personal de salud fue el más referido como fuente de información sobre el tema, resultado estadísticamente significativo.

En la Tabla No. 5 se muestra el nivel de conocimiento sobre la frecuencia con que las mujeres opinan que debe realizarse el AEM. Antes de la intervención 77,88% tenían un conocimiento incorrecto y 26,12% correcto, después de la intervención 92,54% tuvieron conocimiento correcto y 7,46% incorrecto, resultado estadísticamente significativo $p < 0,05$.

La Tabla No. 6 se refiere al nivel de conocimiento que presentan las mujeres sobre el momento del ciclo menstrual en que debe ser realizado el AEM. Antes de la intervención el 70,15% no poseían este conocimiento y 29,85% poseían este conocimiento. Después de la intervención educativa el 99,25% incorporaron que debe hacerse categorizado como conocimiento correcto, mientras que el 0,75% demostró conocimiento incorrecto.

En la Tabla No. 7 se explora el nivel de conocimiento referente a las alteraciones que pueden ser detectadas por el AEM y se comprobó que antes de la intervención educativa el 81,34% no conocían dichas alteraciones y 18,67% si lo conocían. Después de la intervención el 88,81% obtuvo un conocimiento correcto al poder identificar que una desviación del pezón, mamas con ulceraciones, retracción y/o secreción del pezón, alteraciones del color de la piel, así como algunas tumoraciones, son las alteraciones que pueden detectarse con esta técnica, mientras que el 11,19% tuvieron un conocimiento incorrecto al respecto. La intervención tuvo un impacto positivo con significación estadística $p < 0,05$.

La Tabla No. 8 refleja el nivel de conocimiento sobre las formas de diagnóstico temprano de las afecciones de mama. Antes de la intervención el 74,63% tenían un conocimiento incorrecto y el 25,37% correcto. Existieron diferencias estadísticamente significativas después de la intervención, pues el 100% tuvieron conocimiento correcto.

La Tabla No. 9 hace referencia al nivel de conocimiento según dominio de la técnica del AEM, antes de la intervención 88,81% tenían conocimiento incorrecto en relación con la técnica adecuada. Después de la intervención el 96,27% de las mujeres alcanzó los conocimientos correctos y el 3,73% no logró alcanzarlos.

DISCUSIÓN

En esta investigación existió diversidad en la ocupación de las mujeres encuestadas, similar a lo reportado por otros autores (4-5) y predominaron las trabajadoras en edades entre los 40 y 49 años, estas características permiten que las medidas tomadas en la intervención educativa puedan ser incorporadas a ellas e incluso ser trasmisoras de estas enseñanzas al colectivo de trabajo.

Se puede observar el elevado nivel escolar, con predominio del preuniversitario de manera que se trata de un conjunto de mujeres en plenitud de facultades intelectuales para comprender e interiorizar la importancia del AEM, asimilar su ejecución y ponerlo en práctica, estos resultados coinciden con los reportados por Garrido Fuentes (6),

En esta investigación se difiere de lo reportado en un estudio realizado en el policlínico del municipio de San Luís de Pinar del Río (7) que tuvo como finalidad profundizar en el conocimiento de una población femenina sobre la técnica para realizar el AEM donde comprobaron que el 55% no conocían estas técnicas.

La labor de divulgación del equipo de salud superó el resto de los medios de aprendizaje, se difiere con otras investigaciones donde se demostró que los medios de difusión masiva, fundamentalmente la televisión, fueron los principales (8).

A pesar de que la AEM es una técnica fácil de realizar, se ha llevado a cabo por un porcentaje muy bajo, las causas que se encuentran asociadas para no realizar el AEM son: la falta de información sobre el cáncer de mama y el AEM principalmente en la población general, conceptos que se tienen sobre la enfermedad, menor edad, ausencias de visitas al ginecólogo, pobre actitud hacia el auto cuidado, falta de apoyo familiar hacia la prevención, funcionalidad del programa de detección (5-6).

A diferencia de otros autores (9-10) la prioridad con que se realiza el AEM fue antes de la presencia de síntomas, sin tener en cuenta la frecuencia aconsejable que son los primeros días después de la menstruación, pues en esta fase existe menos nodularidad (8).

En concordancia con otros autores (6,11) prevaleció el criterio de que la mayoría de los nódulos mamarios son malignos y pueden detectarse con el AEM, también se coincide con otros artículos (6,10) en que las mujeres no conocen las alteraciones que pueden aparecer cuando existe afecciones de la mama y que pueden contribuir con un diagnóstico precoz.

Algunos autores (5,12) acreditan el retardo en el diagnóstico de afecciones mamarias a los médicos que no examinan las pacientes: médicos generales, gineco-obstetras, internistas y a veces a cirujanos que practicaban otros procedimientos sin examinar las mamas, en ocasiones fue inexplicable que un esposo médico no se diera cuenta de una lesión importante en las mamas de su mujer.

El tiempo empleado en la exploración mamaria es uno de los parámetros que mejor predicen la sensibilidad. Varios estudios han demostrado que consumir dos minutos en explorar las mamas mejora la sensibilidad (7,10).

ABSTRACT

A pre-experimental before-after study of educational intervention was carried out in Morón North Polyclinic with the purpose of widening the level of knowledge on breast self-examination in women older than 30 years old of the basic group of work 2. The universe of study was constituted by 268 women from 30 to 59 years of age and the sample consists of 134 women. The general variables were studied, so it was known about the self-examination, frequency, moment to be carried out, alterations that can be detected, ways to early diagnosis and the technique used during its accomplishment. The data was obtained through a survey. The percentage, as a summary measure, was used and Chisquared test was carried out for the statistical analysis. Before the educative intervention there was a poor information on the frequency and the moment of the menstrual cycle in which the breast selfexamination must be done, as well as the forms of early diagnosis and knowledge of the technique, variables which reached a correct level of knowledge after the educative intervention, with statistical significance.

Key Words: BREAST NEOPLASMS, BREAST SELF-EXAMINATION, INTERVENTION STUDIES.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González Limonte M, Isla Valdés M. Afecciones mamarias más frecuentes. Cáncer de Mama. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001. p.78389.
2. Rodríguez Castro R, Armas O. Estudio de 116 mujeres operadas por nódulo de mama. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1992; 4(3):215-9.
3. Saslow D, Burke W. American Cancer Society Guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2007; 57(2):75-89.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional de Cáncer. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002.
5. Hernández EM. Valoración del conocimiento sobre el autoexamen de mamas en sectores del plan del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1993; 9(1):28-31.
6. Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK. The Edinburgh randomized trial of breast cancer screening. Br J Cancer. 2006; 70:542-548.
7. Trial of early detection of breast cancer mortality after 10 years in the UK. Breast. 2005; 2:18.
8. Romond EH, Pérez EA, Bryant J. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HRE2positive breast cancer. N Engl J Med. 2005; 353(16): 1673-84.
9. Burton N. Womens Health. Guidelines for promoting breast care awareness. Nurse Times 2006; 91(24):32-44.
10. Leslie NS, Roche BG. West Virginia Evolution o Breast examination facilitation device. JAMA 2005; 21(1):28-33
11. Ortega AD, López CL, López CM. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno en mujeres en edad reproductiva. Sal Púb México. 2000; 42:17-25.
12. Kerlikowske K, Grady D, Barclay J, Sickles EA, Ernester VL. Effect of age, breast density and family history on the sensitivity of first screening mammography. JAMA. 2005; 276:37-38.
13. Lehman CD, Datsoni C, Kuhl CK. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. N Engl J Med. 2007; 356(13):1295-303.
14. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer Screening in the United States, 2008: A review of current American Cancer Society Guidelines and cancer screening issues. CA Cancer J Clin. 2008; 58:161-179.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de las mujeres según grupos de edades y ocupación.

Edad	Ocupación					
	Estudiante		Trabajadora		Ama de Casa	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-39	15	60	15	23.08	6	13.64
40-49	10	40	30	46.15	11	25.00
50-59	-		20	30.77	27	61.36
TOTAL	25	100	65	100	44	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 2. Distribución de las mujeres según escolaridad.

Escolaridad	No.	%
Primaria	8	5.97
Secundaria	25	18.66
Preuniversitaria	58	43.28
Universitaria	43	32.09
Total	134	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3. Distribución de las mujeres según información que poseen sobre el autoexamen de mamas.

Información	No.	%
Si	130	97.01
No	4	2.99
Total	134	100

P<0.05. Fuente: Encuesta

Tabla No. 4. Distribución de las mujeres según el medio por el que adquirió la información.

Medios	No. de Mujeres	%
Radio	8	5.97
Televisión	30	22.39
Prensa	10	7.46
CMF	67	50
Otras vías	19	14.18
Total	134	100

P<0.05. Fuente: Encuesta

Tabla No. 5. Nivel de conocimiento sobre la frecuencia con que deben realizarse el auto examen de mama.

Frecuencia	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correcto	5	26.12	124	92.54
Incorrecto	99	73.88	10	7.46
Total	134	100	134	100

P<0,05. Fuente: Encuesta

Tabla No. 6. Nivel de conocimiento según el momento del ciclo menstrual en el que se realizan el autoexamen de mamas.

Momento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correcto	40	29.85	133	99.25
Incorrecto	94	70.15	1	0.75
Total	134	100	134	100

P<0,05. Fuente: Encuesta

Tabla No. 7. Nivel de conocimiento sobre las alteraciones que pueden detectarse por el auto examen de mamas.

Alteraciones	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correcto	25	18.66	119	88.81
Incorrecto	109	81.34	15	11.19
Total	134	100	134	100

P<0,05. Fuente: Encuesta

Tabla No. 8. Nivel de conocimiento sobre las formas de diagnóstico temprano de las afecciones de las mamas.

Formas de diagnóstico	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correcto	34	25.37	134	100
Incorrecto	100	74.63	-	-
Total	134	100	134	100

P<0,05. Fuente: Encuesta

Tabla No. 9. Nivel de conocimiento según dominio de la técnica de autoexamen de mamas.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correcto	15	11.19	129	96.27
Incorrecto	119	88.81	5	3.73
Total	134	100	134	100

Fuente: Encuesta