

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MANUEL FAJARDO”

Trabajo de Tesis

En opción por el Título de Máster en Climaterio y Menopausia.

**Estrategia educativa en la prevención del cáncer de
mama en mujeres en etapa de climaterio en el Policlínico
“Mario Muñoz Monroy”, 2018**

Autora. Lic. Tania Pérez Gámez

Tutores: Dra. C. Neida Méndez Gómez,
Master en sexualidad
Profesora Auxiliar
Investigadora Titular

Dra. C. Anadely Gámez Pérez
Master en enfermedades infecciosas
Profesora e Investigadora Titular

Asesora: Dra. Anabely Estévez García
Médico especialista 1er grado Oncología
Profesora Instructor

La Habana, 2019

“Puede haber vida después del cáncer de mama. El requisito previo es la detección temprana”.

Ann Jillian.

*Esta tesis está dedicada especialmente a quienes eternamente merecen
mi agradecimiento,*

*A la memoria de mi padre,
mis hijos por impulsarme día tras día para seguir adelante,
mi madre por acompañarme siempre,
mi esposo por su aliento y apoyo incondicional
y a mi amiga Yusimy por su constante estímulo.*

AGRADECIMIENTOS

- ❖ Deseo especialmente agradecer a las tutoras de este trabajo Dra. C. Dra. Neida Méndez Gómez y Dra. C. Anadelys Gámez Pérez, por su sabiduría, exigencia, crítica, valiosos comentarios, estupendas recomendaciones y opiniones así como su paciencia, dedicación, y aliento para investigar en temas relacionados con el cáncer de mama en la etapa de climaterio y menopausia.
- ❖ A la Dra C Daysi Navarro, por su experiencia y responsabilidad, a todos los profesores por la inteligencia, conocimientos y dedicación constante durante todo el desarrollo de la maestría.
- ❖ Al personal médico, de enfermería y de servicio del policlínico Mario Muñoz Monroy, del municipio Boyeros, por su voluntad, apoyo y colaboración para la obtención de los resultados durante la aplicación de la estrategia educativa.
- ❖ Por último y no menos importante me gustaría expresar mi gratitud a las mujeres participantes en esta investigación, de las que aprendí mucho al escucharlas.
- ❖ Y a todos aquellos que de alguna forma u otra gentilmente cooperaron y brindaron su ayuda y tiempo en la realización de esta tesis.

RESUMEN

En Cuba, el cáncer de mama es la afección que ocupa el primer eslabón dentro de las causas de incidencia y mortalidad entre las neoplasias malignas del sexo femenino. El presente trabajo abarco la realización de un estudio de intervención con el objetivo de describir los resultados de la aplicación de una estrategia educativa, en el período de tiempo comprendido entre enero 2018 – diciembre 2018 con el fin de prevenir el cáncer de mama en las mujeres climatéricas que son atendidas en cuatro Consultorios del Médico de la Familia del policlínico “Mario Muñoz Monroy”, del municipio Boyeros. La aplicación de dicha estrategia educativa resulto efectiva obteniéndose incremento entre el 53.5% y 85% de los conocimientos adquiridos en la población estudiada y con repercusión en la comunidad, sirviendo como herramienta para capacitar a las mujeres y elevar significativamente su nivel de conocimiento sobre el tema en cuestión.

ABSTRACT

In Cuba, breast cancer is the condition that occupies the first place in the causes of incidence and mortality among malignant neoplasms of the female sex. The present study it's about the conducting of an “intervention study” with the objective of describing the results of the application of this educational strategy whose purpose is to prevent breast cancer in climacteric women who are treated in four Consultorios del Médico de la Familia of the "Mario Muñoz Monroy" polyclinic of the municipality Boyeros, in the period of time from January 2018 to December 2018. The application of this educational strategy shall be effective for the prevention of breast cancer, the intervention will be served as a sufficient tool to instruct women and increase the level of knowledge on the subject in question.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	7
MARCO TEORICO	9
DISEÑO METODOLOGICO	36
TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	37
DEFINICIONES OPERACIONALES	41
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74

INTRODUCCIÓN

El climaterio es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica, etapa que dura alrededor de 20 años. El Comité de Nomenclaturas de la Federation Internationale de Gynecologie et d' Obstetrique lo define como la fase del proceso de envejecimiento durante la cual una mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo. Ambos aspectos tienen su origen en el envejecimiento de los ovarios. La deficiencia estrogénica resultante se hace evidente en los tejidos influenciados, ocasionando signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo de preocupación y molestia para la paciente que los sufre (1,2).

Entre las afecciones presentes en este periodo está, el cáncer de mama, este afecta 1 de cada 10 mujeres, la mayoría entre los 40 y los 69 años. Algunas investigaciones señalan que “el riesgo de desarrollar cáncer de seno aumenta con la edad, siendo el riesgo más alto para las mujeres que comenzaron a menstruar temprano o que pasaron por la menopausia después de los 50 años” (3,4).

Según informes publicados por expertos de la Organización de Naciones Unidas, en el tema de población y en informes del Banco Mundial, al finalizar el siglo XX había más de 750 millones de mujeres mayores de 45 años en el mundo (5), se estima que, para el año 2020 esta población aumente a 1 200 millones y OMS estima para el año 2030 más de 1 200 millones estarán por encima de esa edad, lo que supone que se habrá multiplicado por 3 su número en apenas 40 años (6,7). Por ejemplo, en España existen alrededor de seis millones de mujeres mayores de 50 años (8).

El cáncer de mama es el crecimiento desordenado de células malignas en el tejido mamario. En Cuba es la afección que ocupa el segundo eslabón entre las causas de morbilidad y mortalidad entre las neoplasias malignas que afectan el sexo femenino (9).

Se diagnostican cada año más de 1 600 casos nuevos. Si estas cifras son alarmantes, más preocupante es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr y que hoy se considera el valor real de una medida de atención temprana de gran utilidad práctica: el autoexamen de mamas (8,9). Por otro lado, la mamografía que puede reducir la mortalidad, no es un estudio fácil de aplicar en regiones de bajo desarrollo económico.

El desarrollo alcanzado por la salud pública en Cuba se ha visto favorecido por todos los mecanismos que el sistema nacional de salud ha puesto en práctica, lo que ha favorecido que, en las consultas de climaterio, donde se realiza una atención multidisciplinaria a la mujer, se puede diagnosticar el carcinoma de mama en etapas tempranas, lo que favorece la aplicación de un tratamiento temprano, contribuyendo de ésta forma a mejorar la calidad de vida de la mujer. En Cuba estudio realizado en el año 2018, muestra en las féminas, con una esperanza de vida de 79 años, el 19.2 % de las personas tenía 60 años y más, resultando las provincias más envejecidas La Habana, Holguín y Santiago de Cuba (10).

Es por ello que los sistemas de salud requieren que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. Se trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión; para lograr así, una mayor seguridad del paciente (11).

Es una prioridad de la salud pública la seguridad de los pacientes, expresada en las políticas de diferentes organizaciones internacionales que velan por la calidad de los servicios de salud, entre ellas se encuentran: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), The Institute of Medicine y The Joint Commission de Estados Unidos, entre otros. Para el estado cubano y el Sistema de Salud, también la seguridad del paciente es una prioridad y está enmarcada en las políticas dentro del sector salud (5-7).

Las intervenciones están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. El reto del

profesional de salud es dar respuesta oportuna a los cambios permanentes que generan la transformación de los paradigmas en la práctica, la investigación y la formación (12-14).

El desarrollo científico de la práctica se sustenta en teorías y modelos. Se ha podido constatar que algunos de sus enfoques se basan fundamentalmente en la importancia de la ayuda que el profesional presta para la protección de la salud y acciones para el mantenimiento y recuperación de esta (15).

La ayuda que puede ofrecer el equipo de salud es imprescindible, para trabajar con los factores de riesgo antes de que la paciente se diagnostique con cáncer de mama, la mayoría de las veces las mujeres no están preparadas para enfrentar el problema. Para ellas, la mama es muy importante, ya que la propia sociedad la considera un símbolo de la feminidad, relacionándolo con la vanidad, belleza y sexualidad (16).

En las áreas de salud ha ido aumentando considerablemente las consultas para el seguimiento de menopausia y climaterio y, a pesar de la prioridad en la atención de la mujer, hay esferas de la vida que deben ser promovidas, por lo que el médico y la enfermera de la familia pueden ser un eficaz instrumento de la educación y la instrucción del individuo para aportarle la información y eliminar falsas concepciones sobre el manejo integral del cáncer de mama (5).

El marco conceptual en que parece situarse las estrategias educativas en pacientes con cáncer, se aproxima mucho a las concepciones más avanzadas de lo que son los cuidados de enfermería, estos se centran en la persona y no en su enfermedad; tienen en cuenta como vive la persona su situación de salud, cuál es su respuesta a la misma y se plantean como puede ayudar a la mujer a afrontar sus vivencias de modo que alcance el máximo nivel de bienestar posible y siempre bajo la premisa de una atención integral. La atención específica activa e integral consiste en cuidar al enfermo y a su familia (16).

Los factores de impacto relacionados al cáncer de mama se establecen sobre los grupos de riesgo (5): edad, principal factor del grupo de riesgo, habiendo un aumento rápido de la incidencia cuanto mayor es la edad; historia familiar (madre o hermana) de cáncer de mama antes de la menopausia; factores reproductivos, como menopausia tardía, menarquia precoz, primera gravidez en edad avanzada o nunca haber tenido gravidez; obesidad, alcoholismo y exposición a radiaciones iónicas (17).

Los factores citados son multifactoriales y, de esta forma, difícilmente susceptibles de prevención primaria, siendo el seguimiento la gran arma de la salud pública para el control del cáncer de mama. Es recomendado ofrecer el examen de mamografía anualmente a las mujeres entre 50 y 69 años y, un examen clínico de las mamas a partir de los 40 años. El auto-examen no debe ser una estrategia aislada, por lo tanto, no substituye el examen clínico (18).

En los últimos tiempos, la aplicación de Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) ha determinado que 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 mortalidad. En Cuba, durante el 2017, se reportaron 1 544 defunciones para una tasa de 27,4 por cada 100 000 habitantes (19).

Ha existido un incremento paulatino de casos en las últimas décadas, a pesar de que este programa de pesquisaje tiene ya una vigencia de 18 años de aplicación, lo cual hace pensar que dicha aplicación es aún deficiente. También es necesario implementar nuevos métodos de trabajo tanto en la prevención como en el seguimiento de las pacientes, porque de ello dependerá que se puedan salvar muchas vidas (20).

Hoy se conoce que asisten a consultas pacientes que se han detectado ellas mismas la lesión, en estadios avanzados de la enfermedad.

Para muchas personas el cáncer se asocia a una muerte lenta y dolorosa, sin embargo, el desarrollo científico-técnico alcanzado en nuestros días permite un diagnóstico temprano, lo que unido a los modernos métodos terapéuticos actuales, han alterado considerablemente su lúgubre cuadro (20).

En tales circunstancias, la excelencia en el cuidado resulta crucial. Si el personal médico, reconoce esta reacción, sus orígenes y sus manifestaciones, entonces pueden brindarle la ayuda, el sostén y la dignidad que los pacientes necesitan en tales circunstancias (15).

El conocimiento de las señales de alarma del cáncer de mama por parte de las mujeres es una importante arma a favor del médico y constituye una de las premisas fundamentales para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. (18)

El autoexamen de mamas, el examen clínico y la mamografía son las técnicas disponibles para el diagnóstico temprano del cáncer de mama, de ellas, el autoexamen constituye la técnica más eficaz sin costo alguno al alcance de todas las mujeres, la prevención es hasta el momento la medicina más efectiva, por ello todas debemos estar alertas ya que el solo hecho de ser mujer es un elemento suficiente para padecer la enfermedad

Justificación de la investigación

El área de salud escogida se encuentra enmarcada en el Policlínico Mario Muñoz Monroy, del municipio Boyeros donde se considera insuficiente el trabajo para fomentar acciones de prevención que garanticen la salud integral de las mujeres en esta etapa del ciclo de vida, existiendo falta de información, atención y asesoramiento sistemático a esta población de mujeres.

De acuerdo con el Anuario de Incidencia de Cáncer en Cuba 2015 y el Registro Nacional del Cáncer de Cuba, a nivel municipal, el municipio Boyeros ocupa el 12mo lugar a nivel nacional en incidencia de cáncer en las mujeres, solo superado por 6 capitales de provincias del país y 5 municipios de La Habana con un No. de casos de 377, Tasa Cruda por 100 000 habitantes de 402.1 y una Tasa Ajustada Mundial por 100 000 habitantes representando el 8 % de incidencia de cáncer en las mujeres de la capital del país(9).

Datos ofrecidos por la Dirección Municipal de Salud del municipio Boyeros, en cuanto a la prevalencia de cáncer de mama en el 2018, enumeran que el mayor número de casos se sitúa en las edades comprendidas entre 25 a 59 años con el 42.9 %, seguido del grupo de más de 65 años con 35.08 %, y por último el de edades entre 60 y 64 años con el 20.17 %, por todos los motivos citados anteriormente es que decidimos escoger el área de estudio antes mencionada.

Debido a lo expuesto, y la necesidad de la búsqueda de vías que favorezca elevar el nivel de conocimiento sobre climaterio y cáncer de mama en la mujer de mediana edad, sitúa a la autora de la investigación ante las siguientes interrogantes científicas, que responde al problema de la investigación.

Problema científico

¿Cómo incrementar acciones de autocuidado para la prevención del cáncer de mama en mujeres en etapa de climaterio que son atendidas en cuatro Consultorios del Médico de la Familia pertenecientes al policlínico Mario Muñoz Monroy, del municipio Boyeros?

OBJETIVOS

General

Proponer una estrategia educativa para la prevención del cáncer de mama en mujeres en etapa de climaterio que son atendidas en cuatro Consultorios del Médico de la Familia pertenecientes al policlínico “Mario Muñoz Monroy”, del municipio Boyeros.

Específicos

- ❖ Identificar necesidades educativas para la prevención del cáncer de mama.
- ❖ Identificar factores de riesgo del cáncer de mama en el grupo de estudio.
- ❖ Confeccionar la estrategia educativa que se aplicara en el grupo de estudio.
- ❖ Aplicar la estrategia educativa a la muestra seleccionada.
- ❖ Enunciar los resultados a corto plazo de la aplicación de la estrategia educativa.

Aportes

El trabajo aportó disponer de una estrategia educativa que contribuye al autocuidado de la mujer profundizando en la utilidad de acciones a realizar para la detección precoz del cáncer de mama en el periodo de climaterio, todo ello desde la perspectiva de la promoción de salud.

Novedad científica

Este trabajo se estableció por primera vez en el territorio identificando la necesidad de realización de una estrategia educativa en la prevención del cáncer de mama en mujeres en la etapa climatérica. El uso de este instrumento representa un peldaño superior en el diagnóstico y enfoque de riesgo, ya que esta afección constituye un problema de salud fundamentalmente en mujeres en la etapa climatérica.

Es una investigación novedosa y de gran impacto en el campo de la medicina en la atención primaria en el área de salud.

Valor social

La implementación de la estrategia educativa permitió identificar mejor en etapa precoz el cáncer de mama y aporato una metodología que permitirá a largo plazo mejorar las acciones de prevención y diagnóstico temprano del cáncer de mama en mujeres en etapa de climaterio, lo que puede constituir una alternativa favorable para elevar los conocimientos y contribuir a la modificación de comportamientos de riesgos en la enfermedad en el área de salud estudiada. Esta estrategia, por su propio diseño es factible de ser aplicada a otros escenarios.

MARCO TEÓRICO

Definición y visión histórica

El Ministerio de Salud define el *climaterio* como una fase biológica de la vida que comprende la transición entre el periodo reproductivo y el no reproductivo de la mujer (senectud) (21).

Múltiples estudios dentro del climaterio diferencian estas etapas:

- *Premenopausia*: comprende desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia
- Según la Organización Mundial de La Salud (OMS) el término *menopausia* se puede definir como “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”. La OMS la sitúa entre los 45-65 años de edad
- La *posmenopausia* es un periodo entre 5 y 10 años subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia (22).

A las mujeres a las que se les extirpa el útero, pero conservan sus ovarios (histerectomía), es difícil saber cuándo se produce la menopausia, al no tener menstruaciones. Sin embargo, las que se les extirpan ambos ovarios (oforectomía) la menopausia será inmediata.

La etapa del climaterio y menopausia ha sido motivo de menciones históricas, literarias y culturales, a pesar de que en muchas ocasiones es ignorada y hasta subestimada por las mujeres y por muchos profesionales (23).

Las mujeres con malos hábitos dietéticos desarrollan fenotipos agresivos de cáncer de mama, independientemente de la presencia o no de menopausia (21). Esta conducta conlleva a sufrir de cáncer de mama, sobre todo en personas posmenopáusicas.

Cáncer de mama, características, factores de riesgo

La mama constituye un órgano de la estética femenina y es, además, una glándula sebácea modificada que interviene en la lactancia materna que se localiza en la pared anterior del tórax, a cada lado de este, entre la segunda y sexta costillas, y el borde esternal y la línea axilar media (6).

El cáncer de mama, independientemente de ser considerado un tumor prevenible, continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial y la segunda causa de muerte en Cuba por tumores malignos. Esta patología es la que mayor número de defunciones produce entre mujeres de 35 a 55 años en los países desarrollados. Constituye además la tercera causa más frecuente de cáncer en el mundo (796 000 casos, en 1990), y la más alta incidencia en las mujeres (21% de todos los casos nuevos), con una tasa de crecimiento anual de 0.5%, por lo que se esperan 1,35 millones de casos nuevos para el año 2030 (27).

En Cuba, el cáncer de mama es la enfermedad que ocupa el segundo lugar dentro de las causas de incidencia y mortalidad por neoplasias malignas en el sexo femenino; por esto, desde el año 1987 se comienzan a dar los primeros pasos en el “Programa de detección precoz del Cáncer de Mama”, dirigido a mujeres sanas, con la finalidad de un diagnóstico temprano, para dar mayor calidad de vida a muchas pacientes. En el 2016 se diagnosticaron 1192 casos nuevos en mujeres, para un 17% del total de casos de cáncer en este sexo y una tasa bruta de 43,3 por cada 100 000 mujeres (9).

Por grupos de edades la mayor incidencia de cáncer de mama ocurre en los grupos entre 55 - 59 y 60 y más años, destacándose La Habana en este último grupo con el 56 %, seguida de Matanzas y Santiago de Cuba con el 54 y 51 % respectivamente(9).

Es un tumor raro antes de los 25 años, y su frecuencia aumenta de forma continua con la edad, alcanzando la mayor incidencia en etapas avanzadas de la vida. En

los cuatro grupos de edades estudiados el riesgo incrementa paulatinamente siendo más llamativo en el grupo de pacientes con 60 años de edad, en el cuál el riesgo se duplica cada 10 años. Esto significa que 3 ó 4 de cada 100 mujeres que hoy en día tienen 60 años de edad contraerán cáncer de mama para cuando lleguen a los 70 años (27).

Cuba dispone de un Programa de Control Integral y sus acciones básicas son la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y los cuidados paliativos.

¿Cómo está organizada la respuesta?

Está organizado en todo el país de la forma siguiente:

- Por pilares fundamentales para la acción (prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, de soporte y rehabilitación y Cuidados Paliativos).
- Que se desarrolla desde el consultorio médico de la familia, el policlínico y en los hospitales que tienen diferentes capacidades de respuesta, hasta los de mayor capacidad que son los centros de referencia nacional, el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y el hospital clínico quirúrgico Hermanos Ameijeiras(9).

Datos ofrecidos por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que durante el año 2016, existieron 191 410 mujeres que recibieron un diagnóstico de cáncer de mama y 40 820 fallecieron a nivel mundial (9).

Esta neoplasia ocupa el segundo lugar en la mortalidad por cáncer en las mujeres norteamericanas, superado solamente por el carcinoma de piel no melanómico y es la primera causa de defunción en las mujeres hispanas (23).

En Cuba en el 2015, fallecieron 1544 mujeres, con una tasa de 27,4 por cada 100 000 mujeres solo superada por el cáncer del pulmón, mientras en el 2016 fallecieron 1525 mujeres por esta enfermedad, para una tasa de 27,0 por cada 100 000 pacientes, con una tasa bruta de 83,9.Las provincias con mayor número de

fallecimientos son La Habana, Santi Spíritus, Camagüey y las provincias orientales (29).

El cáncer de mama tiene una incidencia y mortalidad mayor en los países altamente desarrollados que en el resto, según apuntan las investigaciones al respecto. En Cuba cada año se diagnostican aproximadamente 2000 nuevos casos de cáncer mamario, con una incidencia de 34 por 100 000 mujeres y una mortalidad por esta causa de unas 1100 mujeres cada año.

En ocasión del Día Mundial de Lucha contra el Cáncer, Cuba llega a esta jornada con varios resultados. Tales tendencias ocurren desde hace unos años y a pesar de que la tasa de incidencia, o sea, los nuevos casos aumentan, la mortalidad se mantiene en meseta y en el cierre de 2018 hubo 966 fallecimientos menos en comparación con periodo precedente, detallan datos (9).

El Sistema Nacional de Salud cubano, caracterizado por ser único, integral, basado en los principios de una salud pública con carácter estatal y social de la medicina, accesibilidad y gratuidad de los servicios, orientación profiláctica y aplicación de los adelantos de la ciencia y la técnica, participación de la comunidad, enfoque intersectorial, universal, regionalizado ,organizado de manera flexible, del qué hacer y cómo hacerlo mejor, siempre por el mejoramiento de la salud del pueblo cubano. (29).

Sobran los ejemplos de mujeres que han vencido la batalla contra el cáncer de mama, en nuestro país luego de padecerlo. **Alas por la Vida**, un proyecto de nuevo tipo, creado con el objetivo de neutralizar o mitigar las secuelas psicológicas indeseables del diagnóstico y los tratamientos, proponiendo nuevas alternativas en el manejo de la mujer con cáncer de mama, es un claro ejemplo.

Este grupo ha coordinado en saludo al 19 de octubre, Día Mundial de Lucha contra el Cáncer de Mama, galas culturales, exposiciones, la distribución de

prótesis de mama y otros donativos a las integrantes de todos los grupos de apoyo del país (31).

Por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, el 19 de octubre se celebra mundialmente el día internacional de la lucha contra el cáncer de mama con el objetivo de crear conciencia y promover que cada vez más mujeres accedan a controles, diagnósticos y tratamientos oportunos y efectivos (33).

En las sociedades latinoamericanas también se ha acelerado el cambio poblacional. En las décadas pasadas ha crecido apreciablemente la proporción de personas mayores de 60 años, y en este grupo, es mayor la cantidad de mujeres. El resultado general de este proceso es la conformación de una población fundamentalmente adulta, con los efectos que esto tiene en la modificación de las necesidades sociales y el consecuente cambio en los roles y funciones de la mujer. Por otra parte, la mayor longevidad femenina conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas. La discapacidad puede representar una tragedia a escala personal, y un desafío para la sociedad que debe proveer servicios de salud y de previsión adecuados, en una marca biológica de vejez, donde se espera que la energía decline y la salud se deteriore (33).

En Latinoamérica una mujer muere cada tres minutos debido al cáncer de mama y su diagnóstico es, hasta cinco veces, más tardío que en otras regiones del mundo donde los países están más desarrollados (33).

En Latinoamérica la detección es tardía, pues el 73 % de los casos se detectan en etapas 2 o 3, mientras que en países como Estados Unidos más del 70 % son diagnosticadas en etapa 0 a 1. Desafortunadamente el diagnóstico tardío se concentra en las naciones más pobres y que a nivel mundial anualmente se detectan 2,1 millones de nuevos casos, mientras que cada minuto una mujer muere en el mundo debido a esta enfermedad (33).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), aumentar la atención y la sensibilización sobre el cáncer de mama, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son fundamentales para disminuir los casos de esta enfermedad, que registra cada año 1,38 millones de nuevos casos y 458.000 muertes (31).

"Si seguimos con esta tendencia, para 2030 se tendrán 5.200 muertes adicionales en la región pero si no, podríamos salvar hasta 19.000 vidas con diagnósticos a tiempo y acceso al tratamiento", dijo la doctora Felicia Marie Knaul, presidente-fundadora de la Asociación Tómatelo a Pecho (33).

Durante el Congreso Internacional "México contra el cáncer de mama, hacia una política integral" celebrado en Ciudad de México, la especialista destacó que en la región no existe una detección oportuna ni acceso a tratamientos ni sensibilización del personal (33).

Las alarmantes estadísticas mostradas reflejan que aún queda mucho por hacer por parte de los profesionales del sistema de salud en materia de promoción y prevención primaria encaminados a reducir la mortalidad y disminuir los años de vida potencialmente perdidos por esta neoplasia maligna. De ahí la importancia de ésta investigación.

Por otra parte Eduardo Pesqueira Villegas, director general del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México, señaló que es fundamental fomentar una detección oportuna, además de los cambios en el estilo de vida (33).

"Se debe fomentar la autoexploración, los hábitos de vida saludables, pero sobre todo el diagnóstico oportuno porque en América Latina todavía estamos llegando tarde y eso incrementa la morbimortalidad. Se necesita un incremento en la cultura de prevención", señaló. Dijo que es importante educar a la población para acudir

más temprano al médico y que así se pueda ofrecer alargar la vida de los enfermos y una buena calidad de vida a las pacientes (33).

Del mismo modo, indicó que se debe educar y capacitar al personal de salud "pues la exploración clínica se traduce en salvar vidas", dijo. Se requiere personal especializado y sensibilizado "pues no solo se trata de que haya manos que puedan explorar, sino de que lo estén haciendo bien y se sensibilicen ante las pacientes"(33).

En cuanto a la mortalidad por grupo racial es evidente que el número de mujeres que contraen o mueren por esta enfermedad varía según la raza y el grupo étnico. Los datos obtenidos hasta el año 2006 muestran que las mujeres blancas tuvieron la tasa de incidencia más alta de cáncer de mama, seguidas de las mujeres de la raza negra y las hispanas (30).

El carcinoma mamario es el tumor más frecuente en la mujer. La mayoría, cerca del 75%, se observa después de los 40 años de edad en la mujer premenopáusica y la evolución es evidentemente peor. La mortalidad por el carcinoma mamario tiene variaciones notorias a nivel mundial. En Holanda, por ejemplo, es superior a 25 por 100 000 habitantes, en cambio, en Chile es de menos de 10 y en Japón es de menos de cinco (29).

Las herramientas disponibles en la actualidad para la prevención y el diagnóstico precoz de cáncer de mama son especialmente importantes para aquellas mujeres que presentan mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y para las cuales el inicio temprano del tratamiento se traduce en una reducción de la mortalidad. Por eso es importante estimar cuál es ese riesgo y de esa manera recomendar la modalidad y la frecuencia del control mamario, la necesidad de realizar estudios más dirigidos, como la determinación de mutaciones genéticas, así como para considerar la implementación de tratamiento preventivos o cirugías profilácticas (mastectomía reductora de riesgo)(25).

Llevar un estilo de vida saludable sin tabaco ni alcohol y mantener un balance en el control de las emociones resultan excelentes aliados para la prevención del cáncer de mama. Sin embargo, otro factor de riesgo como la genética también conlleva a ser parte de las estadísticas de pacientes con esta enfermedad.

La detección temprana de este tipo de cáncer suma las posibilidades de superarlo a tiempo y con las condiciones más adecuadas. Por eso es indispensable que cada mes te hagas un autoexamen en las mamas y así detectar cualquier anomalía.

A pesar de que la mayoría de los casos llegaron a las consultas especializadas después de haberse auto detectado el tumor, solamente el 10% de estos se encontraban en el estadio I de la enfermedad, lo que limita ostensiblemente las posibilidades de curación (31).

Cualquier mujer puede tener cáncer de mama, pero los investigadores han determinado que existen ciertos factores que hacen que algunas mujeres tengan mayor riesgo de padecer dicha enfermedad (28).

El término factor de riesgo (FR) fue utilizado por primera vez por el investigador Dr. Thomas R Dowber en 1961. Los FR modificables constituyen una probabilidad medible, teniendo valor predictivo, por lo que pueden utilizarse con ventajas tanto en la prevención individual, como en la comunidad (12).

Entre los mismos se incluyen:

Antecedentes familiares: una mujer cuya madre, hermana, tía o hija haya tenido cáncer de mama tiene más probabilidades de padecer la enfermedad. Las investigaciones realizadas al respecto han demostrado que las mujeres con la referida consanguinidad tienen un riesgo dos o tres veces superior al resto de la población (30).

De esta manera se han establecido tres categorías en relación al carácter hereditario de esta enfermedad: el carácter esporádico al parecer sin relación genética ni hereditaria, el cáncer familiar donde existen rasgos cancerígenos de todas localizaciones y/o de mama, pero de consanguinidad lejana y por último el cáncer hereditario que afecta a familiares de primer y segundo orden de consanguinidad y con la misma localización. Uno de los principales defensores de esta teoría en sus pesquisas reporta cifras de incidencia de 68 % de cáncer esporádico, 23 % para el familiar y 9 % del hereditario (10).

En un estudio realizado en casi 700 mujeres, hermanas de pacientes con cáncer de mama, se realizó una estimación del riesgo que presentaban de desarrollar esta enfermedad. Se establecieron tres grupos basados en los pedigrís estudiados. Un primer grupo en el que la madre estaba afecta de cáncer de mama, un segundo en el que la hermana era la que padecía la enfermedad y un tercero en el que una pariente de segundo grado estaba diagnosticada de cáncer de mama. También se tuvo en cuenta la edad al diagnóstico y si la enfermedad era unilateral o bilateral. Al analizar los tres grupos de pedigrís, se encontraron diferencias significativas en el riesgo de desarrollar cáncer de mama entre las mujeres que pertenecían al grupo de pedigrí con madre o hermana afectas de cáncer de mama, comparado con el grupo que poseían un familiar de segundo grado afecto de la enfermedad. En este estudio se estimó que el riesgo de desarrollar cáncer de mama a los 70 años, de una mujer de 30 años con dos hermanas con cáncer de mama es un 28%, mientras que si tienen una hermana y la madre afectas de la enfermedad, la probabilidad es del 25%; todo ello siempre que al menos uno de los parientes tuviera cáncer de mama bilateral. Por el contrario, aquellas mujeres que tenían una hermana y un familiar de segundo grado con cáncer de mama sólo presentaban un pequeño aumento del riesgo comparado con la población general. Por lo tanto, la historia familiar de cáncer de mama necesita una base genética (31).

Existen otras explicaciones, no genéticas del agrupamiento familiar del cáncer de mama, como son:

- La exposición a determinados carcinógenos ambientales, limitados geográficamente que podrían afectar a los miembros de las familias que vivieran en esa área geográfica.
- Comportamientos culturales que alterarían el perfil de los factores de riesgo de padecer cáncer de mama, como la edad al nacimiento del primer hijo.
- Influencias socioeconómicas que podrían dar como resultado la exposición dietética (32)

Radioterapia al tórax: haber recibido radioterapia al tórax (incluyendo las mamas) antes de los 30 años de edad produce un riesgo mayor de padecer cáncer de mama. Esto incluye a mujeres que han recibido tratamiento con radiación para linfoma de Hodgkin. Las investigaciones muestran que cuanto más joven era la mujer cuando recibió el tratamiento de radiación, tanto mayor será el riesgo de que padezca cáncer de mama más tarde en su vida (34).

Antecedentes relacionados con la reproducción y la menstruación: en cuanto más edad tiene la mujer cuando da a luz a su primer hijo, mayores son sus probabilidades de cáncer de mama. Las mujeres que nunca tuvieron hijos tienen un mayor riesgo. Las que empezaron su menstruación (tuvieron su primer período menstrual) antes de los 12 años, también están expuestas a un riesgo mayor de cáncer de seno. De forma similar la menopausia después de los 55 años y la terapia hormonal sustitutiva durante largos períodos de tiempo produce un riesgo mayor de padecer cáncer de mama (34).

Síntomas y signos del cáncer de mama (33)

El cáncer de mama no da síntomas o signos hasta que la enfermedad ha adquirido un notable desarrollo. Cuando aparecen, los signos más frecuentes de la enfermedad son:

1. Tumoración en la mama de reciente aparición (aunque hay que resaltar que la mayoría de las tumoraciones de mama que se descubre la mujer antes de la menopausia son benignas).
2. Cambios persistentes en la piel de la mama (enrojecimiento, retracción de la piel, piel de naranja).
3. Eccema del pezón.
4. Aumento de volumen en la axila.
5. Inflamación del brazo.
6. Retracción del pezón, secreciones anómalas por el pezón.

Efecto psicológico del tratamiento (34)

Los aspectos psicológicos más relevantes en las mujeres con cáncer de mama, se relacionan con estilos de afrontamiento, preocupaciones, valoraciones de su enfermedad, efectos psicológicos del tratamiento, preocupación por la belleza de sus mamas y a los cambios que esta impone en el estilo de vida

Los determinantes del bienestar psicológico de las pacientes, están dados por la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima, así como el afrontamiento satisfactorio a situaciones del estrés de la enfermedad, por lo que resulta importante trabajar estos aspectos.

Se considera en este análisis la influencia de determinadas variables sociodemográficas, así como de variables clínicas, que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer de mama. Se destaca la necesidad de que las estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama

incluyan elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico de estas mujeres.

Cambios demográficos

La Organización mundial de salud, informaba a las autoridades sanitarias sobre las consecuencias del rápido aumento de mujeres postmenopáusicas, previsible para el 2030 y recomendaba la preparación de los servicios de salud y de las actividades educativas y de promoción adecuadas para atender las necesidades de salud de las mujeres en esa etapa de su vida (8).

En España, hay más de 22 millones de mujeres y, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida de las mujeres en nuestro país se sitúa en 82,9 años y se calcula que alcanzará 85,1 años en 2020. De ellas, más de 8 millones tienen 50 años o más, edad media de la menopausia (35).

Los avances en la ciencia médica, higiene y tecnología han ocasionado cambios sociodemográficos en los países desarrollados demostrando un acusado envejecimiento poblacional. Estos avances han permitido un mayor bienestar, por lo tanto, la esperanza de vida ha aumentado en nuestro país (35-38).

Factores que influyen en la aparición del climaterio (39-41)

Existe una gran variabilidad biológica en la fecha de aparición de la menopausia, por lo tanto, se han buscado factores responsables que pudieran influir en su aparición más precoz:

Herencia: factor genético.

- Raza: Las mediterráneas y nórdicas acontece más temprano.
- Hábito de fumar: Adelanta la edad de aparición de la menopausia.
- Otros: Estado civil, obesidad, uso de anticoncepción hormonal, etcétera.

Cambios hormonales y sintomatología (42-45)

En el climaterio se producen cambios endocrinos que indican la proximidad de la menopausia. Estos cambios afectan a la duración del ciclo menstrual. Las mujeres tienen en el ovario entre seis y ocho millones de ovocitos primarios, en el momento del nacimiento por medio de una atresia continua se reducen a dos millones y en el momento de la menarquía a treinta mil y cuarenta mil ovocitos primarios.

En cada ciclo menstrual, los ovocitos van sufriendo su proceso de atresia hasta su agotamiento. El agotamiento folicular conlleva una disminución de estrógenos produciendo una serie de manifestaciones sistémicas.

El ovario al no tener estrógenos no puede proliferar el endometrio, por lo que el ovario debido a esa falta de estrógenos segrega la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). La elevación de los niveles de FSH constituye uno de los primeros síntomas del envejecimiento de la función reproductiva del ser humano.

La falta de estrógenos también afecta a:

- Elevación de la parathormona, es recomendable hacerse análisis regularmente para controlar el hipertiroidismo.
- Disminución de la calcitonina, disminuyendo la masa ósea, que puede provocar problemas de osteoporosis.
- Alteraciones del perfil lipídico; aumentan las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y disminuyen las lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Estas modificaciones en las concentraciones de estrógenos durante la declinación de la función ovárica se acompañan en algunas mujeres de uno o varios de los síntomas, que se describen a continuación, lo que afecta a su sentimiento

subjetivo de bienestar como su desempeño cotidiano y, en consecuencia, a su calidad de vida.

Los cambios generalmente empiezan con poli menorrea, ciclos más frecuentes, luego aparece una oligomenorrea, ciclos de más de 35 días y finalmente se presenta la amenorrea, señalando el cese definitivo de la menstruación (11). Cada mujer es diferente, y se ve afectada de distinta manera. En buena parte dependerá de cómo se haya cuidado cada mujer y de su estado general al llegar a esta etapa.

Para algunas de las mujeres los síntomas serán llevaderos y para otras serán bastante severos. Los síntomas podrán aparecer de manera brusca, o progresiva o intermitente, se caracterizan por no estar, al menos en apariencia, vinculados a modificaciones drásticas del estilo de vida. Algunos desarreglos aparecerán en los años que preceden a la menopausia. Unos irán desapareciendo y otros tendrán una evolución progresiva a medida que la mujer se hace mayor.

- Sofocos, sudoración u oleadas de calor (más habituales) 3,12. Afectan alrededor del 60-80% de las mujeres, sobretodo, los dos primeros años de la menopausia y pueden durar hasta unos cinco años después. La duración y la frecuencia de los sofocos varían mucho de unas mujeres a otras (12). Se presentan durante el día o la noche, pueden durar desde varios segundos a varios minutos.

- Alteración del aparato urogenital, debido al agotamiento folicular. La reducción en la producción de estrógenos hace que se sufra una atrofia.

- Incontinencia urinaria (46)

Pequeñas pérdidas de orina relacionados con la disminución de hormonas ováricas, partos anteriores, estilo de vida.

- Infecciones urinarias de repetición y vaginales (47).

- Dispareunia.

- Se puede observar también atrofia mamaria y cutánea.
- Depresión ya que muchas de ellas debido a los cambios emocionales que sufren, no pueden soportarlos.
- Insomnio (48). Es uno de los principales signos climatéricos. La falta de descanso, conduce a la mujer a un estado de irritabilidad, falta de concentración y alteraciones del humor.
- Pérdida de memoria (49)
- Disminución del deseo sexual .La disminución de la frecuencia de las relaciones no está relacionada con la libido de las mujeres, sino con la dispareunia (dolor durante el acto sexual), la sequedad vaginal, la pérdida de la pareja y la disminución de deseo en la pareja (50)
- Dolores musculares (51).
- Osteoporosis (52). Los síntomas se derivan de la pérdida acentuada de la masa ósea y de la disminución en la fuerza de los huesos.
- Obesidad (3). Este aumento de peso y la distribución de la grasa se consideran factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades cardiovasculares por alteración del perfil lipídico (53) La enfermedad cardiovascular, constituye la primera causa de muerte femenina en España.
- Dolores de cabeza
- Náusea
- Vértigos
- Sensación de ahogo

La etapa de la menopausia suele coincidir con un sentimiento de envejecimiento e infertilidad, confusión acerca de la calidad de vida futura que puede esperar cuando llega a esta edad, la marcha de los hijos fuera del hogar (síndrome de nido

vacío), la prestación de la jubilación, el declive de la libido y la aparición de enfermedades que hace que la mujer se vea afectada en su calidad de vida (54). No todas las mujeres necesitan tratamiento para los síntomas de la menopausia, pero aquellas mujeres en que la sintomatología interfiere con su vida pueden beneficiarse de la terapia hormonal. Hay factores de riesgo que modifican los niveles de estrógeno por lo tanto hay que aconsejar evitarlos para disminuir la aparición del cáncer de mama (42).

El tratamiento más aconsejable en estas mujeres es la modificación del estilo de vida.

Actualidad del problema en países desarrollados (55-58)

En los países desarrollados se muestra un envejecimiento de la población, por lo tanto, la proporción de mujeres ancianas es mayor. Son muchas las mujeres que no saben cómo actuar, ni que les ocurre cuando llegan a esta edad, por lo tanto, considero que la enfermera tiene un papel importante, en promoción de la salud con estas mujeres.

Factores que mejoran la calidad de vida (59):

- ✓ Las condiciones físicas y emocionales anteriores.
- ✓ Integración social.
- ✓ Experiencias a través de los acontecimientos de la vida.
- ✓ Tener estilos de vida saludable, libres de tabaco, licor y drogas.
- ✓ Sentirse satisfecha y contenta con los altibajos de la vida.
- ✓ Estar activa y participativa en la sociedad.

En la actualidad las mujeres no buscan los servicios de salud por el deterioro de su calidad de vida, sino que acuden a los centros por su sintomatología (60-63).

Los pasos de educación sanitaria encaminados a que la mujer pueda poner en práctica una serie de autocuidados que le sean útiles para mantener la salud y el bienestar se centran, entre otros, en los siguientes (64,65).

1. Procurar una dieta adecuada.
2. Evitar los tóxicos.
3. Mantenerse activa:
 - Practicar ejercicio físico.
 - Mantenerse ocupada mentalmente.
4. Realizar actividades preventivas.
5. Utilizar los programas de salud específicos.

Cuidar la salud repercutirá positivamente en la calidad de vida de esta etapa, que no afecta a todas las mujeres por igual.

Existen muchos factores en el transcurso de la vida que pueden influir en el riesgo de que tenga cáncer de mama. Algunos factores no se pueden cambiar, como hacerse mayor o los antecedentes familiares, pero usted puede disminuir el riesgo de tener cáncer de mama al cuidar su salud de la siguiente manera:

- Mantener un peso saludable.
- Realizar ejercicio con regularidad.
- No ingerir alcohol o, si lo hace, limite las bebidas alcohólicas a no más de una por día.
- Si está recibiendo, o le han dicho que reciba, terapia de reemplazo hormonal o anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas), consultar con el médico de asistencia acerca de los riesgos.
- Mantener la lactancia materna el mayor tiempo posible.

Mantener una buena salud durante toda la vida disminuirá el riesgo de tener cáncer de mama.

Tratamiento no farmacológico (66)

Como hemos visto, el climaterio y la menopausia son un periodo normal y fisiológico en la vida de la mujer que, por tanto, en general no requiere ningún tratamiento, excepto cuando los síntomas que poseen afectan a la calidad de vida normal de una mujer. Existen distintas posibilidades de tratamiento, según la sintomatología presentada.

Dieta (67)

Entre los peligros para la salud más prevalentes durante la menopausia, en gran parte se refiere directa o indirectamente a la ingesta inadecuada de alimentos, ya sea en exceso o deficiencia durante largos períodos (7).

El consumo excesivo de alimentos ricos en energía, especialmente grasas saturadas, se asocia con un mayor riesgo cardiovascular. En contraste, la baja ingesta de nutrientes tales como calcio (leche y derivados) sobre todo en la niñez y la adolescencia y el no control del peso, favorece la aparición de la osteoporosis. (7,12).

La dieta rica en fibra constituye un factor protector, pero la fibra en exceso puede incidir en la disminución de los estrógenos circulantes frente a diversos procesos patológicos. En mujeres pre menopáusicas vegetarianas con alta ingesta de fibra (salvado de trigo), se ha observado una mayor excreción urinaria de estrógenos y baja concentración plasmática de éstos, aunque ciertos estudios han relacionado la ingesta de fibra con cierta protección frente al cáncer de mama (15,68).

En las últimas décadas se ha mostrado un gran interés por los fito estrógenos que son compuestos químicos de origen vegetal con cierta actividad hormonal debido a su similitud estructural con los estrógenos humanos. Algunos estudios in vitro

han demostrado que dichos compuestos producen una proliferación controlada en las células mamarias y pre cancerígenas (69).

Los fito estrógenos se encuentran en los vegetales en forma de precursores, se ingieren en la dieta. Los fito estrógenos más estudiados y usados son las isoflavonas, que se encuentran habitualmente en la soja y en el trébol rojo.

Hay cápsulas con isoflavonas de soja para el cuidado integral de la mujer.

A los fito estrógenos se les han atribuido propiedades como:

- Gran capacidad antioxidante, para facilitar la conservación de la elasticidad de los epitelios, sobretodo piel y mucosas, reduciendo el envejecimiento celular (16).
- Reducción del peso corporal, siempre que la ingesta de soja se combine con un estilo de vida saludable y una dieta equilibrada.
- Mejora el perfil lipídico (disminuye el colesterol “malo” y previene enfermedades cardiovasculares)
- Mejora de la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas
- Reduce los síntomas de la menopausia.

La ingesta de calcio y vitamina D parece tener un impacto clave en el mantenimiento de la densidad mineral ósea, prevención de fracturas y de caídas. Tomar el sol favorece que nuestro cuerpo sintetice vitamina D. También resultan de ayuda en la prevención y control de obesidad e hipertensión, resistencia a la insulina, formación de cálculos renales y cáncer de colon.

Hábitos tóxicos (71-74)

Las sustancias consideradas potencialmente tóxicas (tabaco, alcohol, cafeína, drogas y algunos casos de automedicación, si los fármacos son usados de forma indiscriminada) pueden causar efectos desfavorables en la época del climaterio. Estas acciones perjudiciales pueden resumirse en:

- Menopausia más precoz.
- Climaterio más sintomático.

- Patología asociada importante.
- Envejecimiento acelerado.

Fumar, en particular, es muy perjudicial para la mujer climatérica, contribuyendo a un mayor deterioro de su calidad de vida. Se le atribuye su influencia en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón y riesgo cardiovascular. La nicotina también estimula la secreción de serotonina y dopamina, que causa ansiedad e incluso euforia, e interferir con los estrógenos, agravando los síntomas climatéricos y el riesgo de osteoporosis.

Ejercicio físico (75)

La inactividad física, a su vez, favorece la pérdida de masa muscular, reducción de la tasa metabólica en reposo y la capacidad aeróbica, y una mayor resistencia a la insulina y la acumulación de grasa. Los estudios han demostrado que las mujeres menopáusicas con actividad física regular tienden a mostrar menos síntomas somáticos y una mejora en el estado de ánimo, así como el alivio de los sofocos.

El ejercicio estimula la secreción de beta-endorfinas hipotalámicas, sustancias que promueven una sensación de bienestar y contribuir a la estabilización de la termorregulación hipotalámica.

La actividad física regular también contribuye a la conservación de la movilidad de las articulaciones, el fortalecimiento muscular y mejorar la coordinación. Además, aumenta la densidad mineral ósea, mejora la capacidad de respiración y perfil de lípidos, reduce la frecuencia cardíaca y la grasa corporal en reposo, y a normalizar la presión arterial, contribuyendo así a una menor incidencia de morbilidad ósea y cardiovascular. Por lo que mejora la imagen corporal de la mujer, aumentando su autoestima y disponibilidad para el ejercicio afectivo-sexual.

Actividades preventivas (76)

Otras recomendaciones de gran importancia son: el control de los niveles de colesterol, glucosa en sangre, y de la tensión arterial (12).

En el tratamiento de la incontinencia urinaria, la primera medida es la realización de ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica (ejercicios de Kegel), además de estudiar y, tratar si es el caso, otros problemas asociados, como es la existencia de infección urinaria (15).

Todavía no se conoce con seguridad la relación de la menopausia con la infección urinaria repetida, aunque hay factores que se presentan en la menopausia y que pueden favorecerlas, como el adelgazamiento del epitelio urogenital, el aumento del pH vaginal, y la disminución de la lubricación a ese nivel (15).

Programas de salud específicos (77)

Un programa de salud es un conjunto de acciones dirigidas a la atención integral de la mujer en esta etapa, cuyo fin es la promoción, prevención y mejora de la salud y calidad de vida (20).

El trabajo de Educación para la Salud a realizar en el programa del climaterio tiene especial relevancia por la fuerte implicación que tienen en todo este proceso los aspectos psicológicos y socioculturales, junto a hábitos y comportamientos (21).

Es indispensable recordar la heterogeneidad de este grupo de mujeres en cuanto a edad, entorno socio-cultural, así como su estilo de afrontamiento personal de los problemas.

El climaterio es una situación a resolver, sobre todo, en el marco de la Atención Primaria. Sirven especialmente para ayudar o para prestar apoyo a sus miembros a la hora de efectuar un cambio personal, adaptarse a una nueva situación o aceptar incluso situaciones catastróficas. La autoayuda se ajusta perfectamente a los criterios de participación de la población en la identificación y resolución de sus problemas, ajustando sus necesidades percibidas a las necesidades, también objetivas, percibidas por los sanitarios (21).

En general parece recomendable reforzar la información ajustándola y adaptándola muy estrictamente a las demandas, tanto individuales como por parte del grupo. Es muy útil, además, el apoyo de otros instrumentos como la charla, el uso de diapositivas con el fin de invitar a la reflexión y estimular el diálogo a posteriori, siendo ésta una buena base de partida para los grupos, sobre todo, al inicio de su constitución, ya que en esta fase todavía no se han establecido ni los liderazgos, ni lazos intergrupales, etcétera.

Es importante valorar la posibilidad de que el sanitario establezca un excesivo control o liderazgo del grupo, lo cual desvirtuaría los beneficios que proporciona la espontaneidad que caracteriza a este tipo de técnica. El papel del personal de enfermería sería más el de orientar e informar al grupo, así como ser un elemento permanente de consulta. A la luz de los últimos estudios los grupos de autoayuda se han mostrado muy útiles, entre otras cosas, para ayudar a obtener sus objetivos a aquellas personas deseosas de modificar su conducta en determinados ámbitos y a la vez estimular el deseo de cambio.

Tratamiento farmacológico en el climaterio y su relación con cáncer de mama (76-79)

Las hormonas sexuales femeninas son uno de los tratamientos más utilizados hoy en día. Este tratamiento ha causado discusión debido a los efectos secundarios y los síntomas que producen.

En las últimas tres décadas se ha avanzado mucho en cuanto a mejorar su salud con múltiples opciones, entre las cuales figura el uso de *la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS)*; mecanismo que restablece el nivel de estrógenos en el organismo femenino que carece de estos, a fin de recuperar el equilibrio endocrino perdido y disminuir o eliminar las manifestaciones dependientes de esa insuficiencia, erradicando síntomas y signos climatéricos y previniendo la osteoporosis, la cardiopatía isquémica y la enfermedad de Alzheimer (5).

La terapia hormonal sustitutiva es un tratamiento con estrógenos y progesterona, siendo necesario sólo los estrógenos en mujeres a las que se les ha extirpado el útero. Estas hormonas se liberan en el torrente sanguíneo llegando después a los órganos donde se necesitan, pudiendo administrarse en forma de pastillas, parches y gel. Para mujeres que sólo presentan sequedad vaginal se puede usar terapia hormonal local que consiste en administrar estrógenos en forma de óvulos o crema directamente en la vagina (22).

La discusión de los pros y los contras de cada producto y la consideración de los síntomas de la paciente, el estilo de vida y las necesidades individuales facilitarán una elección óptima y contribuirá a una mayor adherencia al tratamiento. La duración del tratamiento es variable, pero se debe continuar, siempre y cuando los síntomas que afectan a la calidad de vida estén presentes, con un tiempo máximo de cinco años (23).

La terapia hormonal de reemplazo, como todo tratamiento hormonal, tiene riesgos y efectos secundarios.

Los riesgos más importantes son:

- Riesgo de cáncer de mama. Se han encontrado estudios con un aumento de la incidencia en mujeres con éste tratamiento durante más de cinco años.

Un artículo publicado señala que, el cáncer de mama, como otras formas de cáncer, es considerado el resultado de daño ocasionado al ADN. Este daño proviene de muchos factores conocidos o hipotéticos. Algunos factores llevan a un incrementado rango de mutación (exposición a estrógenos), reparo disminuido (los genes BRCA1, BRCA2, y p53). Varios riesgos epidemiológicos y cofactores biológicos y promotores han sido identificados, aunque consideramos que otros no. La causa primaria aún es desconocida (80).

Otro estudio del año 2019 muestra la relación entre el antecedente de cáncer de ovario/endometrio, el uso de anticonceptivos y el uso prolongado de estos como factores predisponentes para el cáncer de mama (82).

La relación entre el cáncer de mama y terapia de reemplazo hormonal persiste, siendo aún un tema controversial. Para entender el riesgo de cáncer de mama y la terapia de reemplazo hormonal se dividieron las mujeres en dos grupo:(22).

1. Mujeres con útero (requieren progesterona)

En el grupo de las mujeres con útero conservado, se agregó una progestina para evitar el riesgo de hiperplasia endometrial o cáncer de endometrio, como es conocido, se ha estudiado que al agregar una progestina al estrógeno de base puede aumentar levemente el riesgo de cáncer de mama (menos de 0.1% anual, o una incidencia <1,0 cada 1000 mujeres por año de uso)

2. Mujeres histerectomizadas.

En mujeres histerectomizadas, en las cuales únicamente requieren estrógenos conjugados, se documentó que estos no aumentan el riesgo de cáncer de mama y hasta puede tener un efecto protector y asociando a criterios de cáncer de mama, el mismo está más relacionado con la asociación de estrógeno_progesterona que el estrógeno únicamente, cabe destacar, este riesgo es menor al asociado a factores del estilo de vida, como la obesidad, consumo de alcohol o sedentarismo.

Actualmente no existen datos para valorar las diferencias entre dosis, vía de administración, progesterona natural o progestágenos, que relacionen una mayor o menor incidencia de cáncer de mama. No obstante, se están realizando estudios sobre el uso de diferentes progestágenos para poder utilizarlos por largo tiempo sin aumentar el riesgo de cáncer de mama (29).La relación entre la terapia hormonal de reemplazo y el cáncer de mama presenta muchas opiniones, es un tema muy discutido. Siempre se debe individualizar a cada mujer para valorar los pros y contras (22,53).

Sin embargo; el rol de estas hormonas en la patogénesis del cáncer de mama no se reduce a su administración exógena. Los estrógenos endógenos tienen un papel preponderante en la génesis de este cáncer, y distintas situaciones

dependientes del ambiente y los hábitos de vida pueden modificar el riesgo de cáncer de mama mediado por estrógenos endógenos.

Entre los efectos secundarios de la terapia hormonal de reemplazo están (12):

- El sangrado.
- Nauseas, cefaleas, dolores gástricos o en las mamas.
- Síndrome premenstrual (Distensión abdominal, mastalgia.).
- Depresión, nerviosismo.
- Irritación cutánea en la zona de aplicación de parches

Teniendo en cuenta la importancia de los riesgos y efectos secundarios asociados a la terapia hormonal, exige el estudio médico detallado, análisis de sangre y control ginecológico de mamas y útero, así como el seguimiento durante el tiempo de mantenimiento del tratamiento (12).

Es importante mencionar que, durante el climaterio, será aconsejable que la mujer se haga revisar de manera general al menos una vez al año, ya que en esta etapa también pudieran presentarse otros padecimientos, tales como los desórdenes en el funcionamiento de la glándula tiroides o aquellos vinculados con el metabolismo de la glucosa, patologías que ocasionan síntomas similares a la depresión, la ansiedad o el deterioro cognitivo sobre todo ante la posibilidad de tener cáncer de mama (10).

Los medicamentos que se usan para tratar el cáncer de mama se consideran terapias sistémicas porque pueden alcanzar las células cancerosas en casi cualquier parte del cuerpo. Pueden ser administradas por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Dependiendo del tipo de cáncer de mama pueden utilizarse diferentes tipos de tratamiento con medicamentos, incluyendo (34).

- Quimioterapia
- Terapia hormonal

- Terapia dirigida
- Inmunoterapia

La etapa o estadio (extensión) del cáncer de mama es un factor importante para tomar decisiones sobre sus opciones de tratamiento. En general, entre más se haya extendido el cáncer de mama, más tratamiento probablemente necesitará. No obstante, otros factores también pueden ser importantes, tales como:

- Si las células cancerosas contienen receptores hormonales (es decir, si el cáncer es ER positivo o PR positivo)
- Si las células cancerosas tienen grandes cantidades de la proteína HER2 (es decir, si el cáncer es HER2 positivo)
- Su estado general de salud y sus preferencias personales
- Si ha concluido la menopausia o no
- Cuán rápidamente crece el cáncer (medido por el grado u otras medidas)

El cáncer de mama se trata de varias maneras. Esto depende del tipo de cáncer de mama y del grado de diseminación. Las personas con cáncer de mama a menudo reciben más de un tipo de tratamiento.

- Cirugía: Una operación en la que se extirpa el tejido canceroso.
- Quimioterapia: Se usan medicamentos especiales para reducir o matar las células cancerosas. Estos medicamentos pueden ser por vía oral, endovenosa o a veces ambas. Antraciclinas, como la doxorubicina (Adriamycin) y la epirubicina (Ellence)
- Taxanos, como el paclitaxel (Taxol) y el docetaxel (Taxotere)
- 5-fluorouracilo (5-FU)
- Ciclofosfamida (Cytosan)
- Carboplatino (Paraplatin)
- Tamoxifeno

- **Terapia hormonal:** Impide que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para crecer.
- **Terapia biológica:** Trabaja con el sistema inmunitario de su cuerpo para ayudarlo a combatir las células cancerosas o a controlar los efectos secundarios que causan otros tratamientos contra el cáncer. Los efectos secundarios son la manera en que su cuerpo reacciona a los medicamentos u otros tratamientos.
- **Radioterapia:** Se usan rayos de alta energía (similares a los rayos X) para destruir las células cancerígenas.

Estos compuestos han conducido a grandes mejoras en el tratamiento de los síntomas asociados al tratamiento del cáncer, han permitido mayor exactitud y constancia en relación con la administración del tratamiento del cáncer y han hecho que muchos tratamientos del cáncer estén más disponibles para los pacientes.

Desafortunadamente, la administración de tratamiento para el cáncer a menudo afecta a los órganos normales del cuerpo que no están afectados por el cáncer. La consecuencia indeseada de afectar a un órgano que no tiene cáncer se conoce como complicación del tratamiento o efecto secundario.

Atención Sanitaria (86)

La atención que se busca es (27):

- Integral.
- Humanizada.
- Concepción amplia, biológica y psicosocial de los procesos que ocurren.
- Individualizada (7).
- No estandarizados debido a que el climaterio es percibido de múltiples formas en las diferentes culturas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de intervención, descriptivo, longitudinal y prospectivo mediante una estrategia educativa aplicada a un grupo de mujeres pertenecientes a cuatro Consultorios del Médico de la Familia del policlínico “Mario Muñoz Monroy”, en el municipio Boyeros, en el período de tiempo comprendido entre enero del 2018 – diciembre 2018.

La población de estudio la conformó el total de mujeres adultas entre los 40 y 60 años de edad, 73 mujeres en etapa de climaterio pertenecientes a dichos Consultorios, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; a todas se les recogió el consentimiento informado.

Criterios de inclusión

1. Mujeres comprendidas entre los 40-60 años
2. Capacidad intelectual para comprender propuestas
3. Capacidad física para participar en las actividades
4. Den su consentimiento para participar en la investigación

Criterios exclusión

1. Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para obtener la información se realizó una amplia revisión bibliográfica. Se elaboró un modelo para la recogida de datos donde se incluyó todas las variables directas e indirectas necesarias para darle salida a los objetivos planteados (Anexo 1).

A partir de las deficiencias en conocimientos detectadas se confeccionó una intervención educativa que se describe a continuación.

Etapa Diagnóstica: Se explicó a las mujeres las características del estudio, con el objetivo de motivarlas con el tema, y se aplicará una encuesta con el objetivo de identificar y evaluar su conocimiento sobre el cáncer de mama (Anexo1).

Etapa de intervención: Luego de diseñada la estrategia se aplicó en cuatro encuentros de 1h de duración entre marzo y noviembre 2018 (Anexo 2).

Etapa evaluativa: Se aplicó por segunda vez la misma encuesta (Anexo1), después de impartido el programa educativo, valorando el nivel de conocimientos adquiridos de las mujeres estudiadas. Los resultados se ilustraron en tablas de forma comparativa al inicio y final de aplicada la intervención educativa.

Previo a su aplicación para su validación se utilizó el método Delphi mediante la opinión de expertos.

Para la selección de los expertos, se tuvo en consideración su pericia clínica, experiencia profesional, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, nivel de competencia y sus valoraciones sobre el dominio de la temática y las fuentes de argumentación que fueron demostrados científicamente por los coeficientes establecidos que se muestran más adelante. A los especialistas seleccionados se le aplicó un cuestionario elaborado al efecto.

En la tabla siguiente se presenta la caracterización de los 10 expertos que participaron en esta etapa según procedencia, categoría científica, categoría docente y especialidad de segundo grado.

Caracterización de los expertos según procedencia, categoría científica, categoría docente y especialidad de segundo grado.

No.	Procedencia de los expertos	No.	Dr. C.	Profesor Titular	Profesores Auxiliares	Especialistas de Segundo Grado
1	Hospital General Docente Enrique Cabrera.	8	4	1	7	8
2	Universidad de Ciencias Médicas Ernesto Guevara de la Serna	2	2	1	2	2

La consulta a los 10 expertos consultados se realizó a través de correo electrónico o personalmente, por medio de un anexo (3) para la obtención de la información necesaria.

Constó de los siguientes pasos:

- Valoración del nivel de experiencia que poseen los expertos y sus conocimientos sobre el tema. Para ello se realizó una primera pregunta de autoevaluación de los niveles de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta pregunta se les pidió que marquen con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se correspondía con el grado de conocimiento o información que tenían sobre el tema a estudiar.
- A partir de aquí se calculó el Coeficiente de Conocimiento o Información (Kc), a través de la siguiente fórmula: $Kc = n (0,1)$; Donde: Kc = Coeficiente de Conocimiento o Información; y n = Rango seleccionado por el experto.
- Se realizó una segunda pregunta que permitió valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar.

- Se determinaron los aspectos de mayor influencia reflejados por cada experto, en la tabla se contrastan con los valores de una tabla patrón:

Formas de puntaje de la evaluación de expertos para calcular coeficiente de argumentación.

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados	0,3	0,2	0,1
Su experiencia obtenida	0,5	0,4	0,2
Trabajos de autores nacionales	0,05	0,03	0,01
Trabajos de autores extranjeros	0,05	0,03	0,01
Conocimiento del estado del problema en el extranjero	0,05	0,03	0,01
Su intuición	0,05	0,03	0,01

Los aspectos que influyeron sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permitieron calcular el Coeficiente de Argumentación (K_a) de cada experto: $K_a = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n n_i = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)$

Dónde: K_a : Coeficiente de Argumentación

n_i : Valor correspondiente a la fuente de argumentación i (1 hasta 10).

Se procedió a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (K). Este coeficiente

(K) se calculó de la siguiente forma: $K = 0,5 (K_c + K_a)$

Dónde: K : Coeficiente de Competencia

K_c : Coeficiente de Conocimiento

K_a : Coeficiente de Argumentación

- Posteriormente los resultados se valoraron de la manera siguiente:

$0,8 < K \leq 1,0$ Coeficiente de Competencia Alto

$0,5 < K \leq 0,8$ Coeficiente de Competencia Medio

$K \leq 0,5$ Coeficiente de Competencia Bajo

Se predeterminó utilizar sólo expertos con $K > 0,5$. Todos los expertos fueron incluidos en este rango, y por tanto todos fueron aceptados.

Se procedió entonces a la evaluación de la validez del modelo estratégico propuesto a partir de aspectos clave seleccionados, según los criterios de los expertos. Se realizaron dos rondas de consulta a expertos; al término de la primera ronda se realizaron ajustes en el modelo de acuerdo con los criterios y sugerencias recibidos. En la segunda ronda no se realizaron nuevas sugerencias y el modelo fue aceptado.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Operacionalización de las Variables			
Variable	Tipo de variable	Escala de clasificación	Definición operacional de la escala
Edad actual	Cuantitativa discreta	Grupos etareos	Se considero la edad comprendida en años para cada mujer en el momento de la investigación de manera tal que permitiera incluirla en uno u otro intervalo de clase de la escala de clasificación
		40 - 44 años	
		45 - 49 años	
		50 - 54 años	
Estado Civil	Cualitativa nominal	55 - 60 años	
		Soltera	Sin pareja
		Unión estable	Si la mujer nunca se ha casado pero tiene una pareja estable
		Casada	Toda mujer que tenga vínculo legal
		Divorciada	Si actualmente se encuentra legalmente separada
Viuda	Toda mujer cuya pareja haya fallecido		
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Secundaria	Se clasifico según la escolaridad obtenida hasta el momento de la investigación considerando el ultimo grado vencido
		Obrero Calificado	
		Técnico medio	
		Preuniversitario	
		Universitario	
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Cuantitativa discreta	Menarquia temprana, antes de los 10 años	Se clasifico según lo respondido por la encuestada
		Edad de la primera relación sexual antes de 21 años	
		Nuliparidad	
	Cualitativa Nominal Dicotómica	Embarazo después de los 30 años	
Menopausia después de los 54 años de edad			
Factores de riesgo asociados	Cualitativa Nominal Dicotómica	Traumas en mamas	Se clasifico según lo respondido por la encuestada
		Dietético	
		Antecedente personal de cáncer otra localización	
		Antecedente familiar	
		Ambiental (radiaciones ionizantes)	
		Hormonales(Uso de estrógenos)	
		Haber lactado o no	
		Realización de autoexamen mamas	
	Importancia autoexamen de mama		
Cuantitativa Nominal Politónica	Frecuencia de auto examen mama		
Evaluación de la aplicación de la estrategia	Cualitativa Nominal Politónica	Excelente: aquellas que contestaron bien más del 80 % de las preguntas realizadas	Se clasifico según los resultados del incremento del conocimiento
		Adecuado: aquellas que contestaron bien del 50 al 80 % de las preguntas realizadas	
		Inadecuado: aquellas que contestaron bien menos del 50 % de las preguntas realizadas.	

Consideraciones éticas

Se cumplieron los principios estipulados en la Declaración de Helsinki (91). Su contenido en distintas versiones hasta la fecha actual abarca las recomendaciones a los médicos en la Investigación Biomédica en seres humanos y cumpliendo con los principios de la ética médica, el protocolo fue aprobado por los Comités Científico y de Ética de la investigación. A todas las pacientes se les solicitó un consentimiento informado (Anexo 3), después de explicársele las características del estudio, así como se les comunicó la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo consideraran oportuno sin consecuencias. Cada paciente recibió la información adecuada sobre los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas de la investigación. Después de lo cual se obtendrá por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

Se les explicó en detalles el procedimiento y el mecanismo establecido en la investigación para formar parte de cada grupo de investigación, garantizándose en todo momento la integridad del paciente y la confidencialidad de la información, pues no se darán a conocer datos personales de las pacientes involucradas en el estudio. Estos datos fueron solo de uso exclusivo del equipo de investigadores, calculándose en números absolutos, porcentajes, y agrupados en tablas, a la edad se determinó la media y desviación estándar y la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significación de ($p < 0,005$)

RESULTADOS.

Tabla 1. Características del grupo de estudio según grupos de edades.

Grupos etarios	No*	%
40-44	7	9,6
45-49	14	19,2
50-54	28	38,4
55-60	24	32,9
Total	73	100,0
Media y DS	51,7 ± 4,8	

***No. Mujeres en los cuatro consultorios entre 40-60 años**

La caracterización de las féminas según edad evidenció un predominio de más de 50 años (tabla 1). La edad promedio fue $51,7 \pm 4,8$ años.

Tabla 2. Características del grupo de estudio según estado civil.

Estado civil	No*	%
Soltera	4	5,4
Unión estable	18	24,6
Casada	34	46,5
Divorciada	11	15,0
Viuda	6	8,5
Total	73	100,0

***No. Mujeres en los cuatro consultorios entre 40-60 años**

Las características de la muestra según estado civil se muestran en la (tabla 2), donde se aprecia que existió predominio de las mujeres casadas y unión estable, solo 4 mujeres permanecían solteras representando el 5,4% del total.

Tabla 3. Características del grupo de estudio según nivel de escolaridad.

Nivel de Escolaridad	No*	%
Secundaria	6	8,2
Obrera calificada	17	23,5
Técnico Medio	11	15,0
Preuniversitario	22	30,1
Universitario	18	24,6
Total	73	100,0

***No. Mujeres en los cuatro consultorios entre 40-60 años**

Respecto al grado de instrucción de las féminas (tabla 3), 30,1 % tenían el preuniversitario terminado, seguido de 24,6 % con nivel universitario finalizado y 8,2 % con secundaria terminada.

Tabla 4. Características del grupo de estudio según factores de riesgo

Factores de Riesgo	No*	%
Antecedentes gineco obstétricos		
▪ Menarquia temprana, antes de los 10 años	18	24,7
▪ Edad de la primera relación sexual antes de 21 años	43	58,9
▪ Nuliparidad	16	21,9
▪ Embarazo después de los 30 años	18	24,7
▪ Menopausia después de los 54 años de edad	19	26,0
Dietético	16	21,9
Antecedentes familiar	10	13,6
Antecedente personal de cáncer de mama o en otra localización	20	27,3
Factor ambiental (exposición a radiaciones)	10	13,6
Alcoholismo	6	8,2
Tabaquismo	35	47,9
Traumas en la mama	22	30,1
No haber lactado	25	34,2

***No. Mujeres en los cuatro consultorios entre 40-60 años**

Las características de la muestra según factores de riesgo mostró la edad de la primera relación sexual antes de 21 años, tabaquismo y no haber lactado, como las primeras evidencias en demostrar los factores de riesgo de este grupo de mujeres. Otros factores como traumas en la mama, los antecedentes personales de cáncer de mama o en otra localización y menopausia después de los 54 años de edad, se encontraban presentes en más del 25%.

Tabla 5. Conocimiento de las mujeres encuestadas sobre los factores de riesgos del cáncer de mama.

Conocimiento sobre factores de riesgo	Inicio		Final	
	No*	%	No*	%
Dietético	26	35,6	59	80,8
Factores hormonales (estrógenos)	10	13,6	63	86,3
Antecedentes familiar	11	15,0	73	100,0
Antecedente personal de cáncer de mama o en otra localización	17	23,2	73	100,0
Factor ambiental (radiaciones ionizantes)	10	13,6	62	84,9
Haber lactado o no	45	61,6	73	100,0
Antecedentes gineco-obstétricos (Tabla4)	13	17,8	60	82,1

* N = 73 $X^2 = 32,1802$ gl = 6 p = 0,0000

No. Mujeres en los cuatro consultorios entre 40-60 años

El conocimiento de las mujeres encuestadas sobre los factores de riesgo del cáncer de mama al inicio de la investigación fue no adecuado, entre los factores de riesgos se encuentran haber lactado o no, en 61,6 %, los malos hábitos dietéticos en el 35,6 %, los antecedentes personales de cáncer de mama o en otra localización en 23,2%, y menos de un 15 % consideran a los factores hormonales. Luego de aplicada la estrategia educativa se observó modificación significativa en el conocimiento en más de un 80 % en todas las variables estudiadas ya que todas las mujeres pudieron identificar de cinco a más factores de riesgo p = 0,0000 (tabla 5).

Tabla 6. Distribución al inicio y al final de la investigación acerca del conocimiento de la realización y frecuencia del auto examen de mama.

Conocimiento y realización del auto examen de mama	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Importancia de la realización del auto examen de mama	34	46,5	73	100,0
Frecuencia con que se debe realizar el auto examen	20	27,4	64	87,6
Realizan el auto examen de mama	19	26,0	60	82,1

* $N = 73$ $X^2 = 7,9486$ gl = 2 p = 0,0188

No. Mujeres en los cuatro consultorios entre 40-60 años

Al inicio de la investigación se consideró importante el autoexamen de mama el 46,5 % y el 27,4 % se realizó el mismo. El 82,1 % de las encuestadas comenzó a realizarse el autoexamen después de la intervención educativa, lo que demostró un incremento significativo del conocimiento sobre la importancia de realizarse el examen ($p = 0,0188$).

Tabla 7. Resultados obtenidos según el incremento de los conocimientos sobre los factores de riesgos del cáncer de mama después de aplicada la estrategia.

Factores de riesgo del cáncer de mama	Incremento del conocimiento (%)	Resultados obtenidos según el incremento
Factores hormonales (estrógenos)	72,7	Excelente
Antecedentes familiar	85,0	Excelente
Antecedentes personales de cáncer de mama o en otra localización	76,8	Excelente
Factor ambiental (radiaciones ionizantes)	71,3	Excelente
Antecedentes gineco-obstétricos	64,3	Adecuado
Importancia de la realización del auto examen de mama	80	Excelente
Frecuencia con que se debe realizar el auto examen	74,0	Excelente
Realizan el auto examen de mama	88	Excelente
Dietético	85	Excelente

No. Mujeres en los cuatro consultorios entre 40-60 años

Se logró elevar el nivel de información de forma significativa después de implementar el programa educativo, se observó un incremento entre un 53.5 % y un 85 %, lo que verificó la efectividad de la intervención y resaltó el puntaje en elevación del conocimiento en factores de riesgo como: factores ambientales y hormonales, así como la frecuencia con que se debe realizar el autoexamen de mama y los antecedentes personales de cáncer de mama o en otra localización (tabla 7).

DISCUSIÓN

La responsabilidad que asume la mujer de edad mediana en el cuidado de la familia, la atención a las labores del hogar y la solución de problemas que se presentan en la vida diaria, la conducen a no prestar atención al cuidado de su salud, por lo que es importante proponer programas educativos para lograr su cuidado, por tanto se requiere identificar las necesidades de conocimientos sobre cáncer de mama en esta etapa de la vida, para prevenir la aparición de esta terrible enfermedad.

En la actualidad, mejorar la calidad de los procesos para el control del cáncer constituye un desafío en el nivel primario de atención, debido al número considerable de nuevos casos que se diagnostica, y el tiempo que estos permanecen en la comunidad para continuar su evolución. El desarrollo de un conjunto de acciones encaminadas a garantizar con calidad, el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, es de gran utilidad para favorecer de manera importante la reducción en la incidencia y la mortalidad por cáncer, y el incremento en la esperanza de vida de la población cubana las principales causas de incidencia/mortalidad por cáncer.

Los profesionales de la atención primaria de salud constituyen la primera línea de lucha contra el cáncer, pues la principal tarea es contribuir a elevar la calidad de vida de la población cubana mediante acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades. Si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana, significa una curación en un alto porcentaje de los casos, y la investigación realizada está encaminada a orientar a las mujeres para poder lograr un diagnóstico precoz.

Se puede considerar que una estrategia educativa en la prevención del cáncer de mama en mujeres en etapa de climaterio, puede constituir una alternativa favorable para elevar los conocimientos y contribuir a la modificación de

comportamientos de riesgos en la enfermedad, junto a un equipo interdisciplinario y participativo con una buena atención se logran las siguientes acciones (87).

- Escuchar las demandas o problemas que cada mujer plantea, y planificar los cuidados su valoración específica y sus necesidades (6, 7,27).
- Conocer las condiciones de salud de cada mujer.
- Las necesidades sociales y la demanda de los servicios médicos.
- Formulación de políticas de salud dirigidas a un envejecimiento femenino saludable, la calidad menos costosos y mejor vida.
- Diseñar planes de cuidados e intervenciones de enfermería.
- Las actitudes y la percepción de dicho periodo en cada mujer.
- Desarrollar campañas y acciones para prevenir enfermedades y conservar la salud (28).
- Hacer feliz y hacer vivir con dignidad en el periodo del climaterio, época también de aparición de cánceres, que pueden ser manejados adecuadamente y tratados, ofreciendo mayores expectativas de vida si se diagnostican tempranamente. (28).

La atención tiene que destacar una serie de acciones con el fin de reducir los riesgos de patología propia de esta etapa:

- Una atención periódica
- Una nutrición saludable
- Conservar el hábito del ejercicio físico.
- Capacidad de aportar necesarias herramientas para que la mujer pueda seguir siendo familiarmente productiva y socialmente activa.
- Debe entregar a la mujer información detallada y comprensible que le permitirá tomar decisiones respecto a la gama de posibilidades disponibles para enfrentar mejor este periodo.

Para afrontar estos desafíos, las mujeres intentan encontrar apoyo, no solo biológico y asistencial, sino también emocional y alivio a las adversidades junto a la familia y los profesionales de salud, principalmente los de enfermería.

Como señalan múltiples estudios sobre la menopausia, para que la educación para la salud pueda ser eficaz, es necesario averiguar los conocimientos previos que tiene la población, para ajustar la planificación y la acción a las características y necesidades cognitivas, actitudinales y comportamentales de la población a la que va dirigida la intervención. Conocer sus preconcepciones y actitudes ante el tema, sus hábitos y comportamientos nocivos, es el referente obligado a cualquier toma de decisión (40, 42, 46, 47,48).

En Cuba, se ha organizado un Subprograma Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer Mamario, que forma parte del Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer, aprobado por el Ministerio de Salud Pública desde el año 1987. Existen experiencias de estos Programas en Suecia, Estados Unidos, Holanda, Inglaterra, Canadá y otros países (9, 29, 35,38).

El Subprograma Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer mamario consiste en el uso de procedimientos para detectar la enfermedad no diagnosticada en una persona supuestamente sana, mediante la determinación de los factores de riesgo, del empleo de diversas técnicas como la mamografía y la ultrasonografía, del examen físico y el autoexamen; estas dos últimas consideradas como las más importantes para su detección temprana (58).

A pesar de estar perfectamente estructuradas las acciones de prevención y control, los resultados aún no son los esperados. Es por ello, que el cáncer de mama constituye el 30 % de todos los tumores femeninos, siendo significativa la mortalidad a consecuencia (29).

Esto se debe por lo general a diagnóstico médico tardío, pobre trabajo de pesquisa en las áreas y tardía decisión de la mujer en buscar ayuda médica, y mucho en la inexistencia de la práctica del autoexamen de mama.

En Cuba el objetivo principal para el control de esta afección es la detección precoz, por lo que resulta de vital importancia la aplicación masiva de programas de lucha contra este mal en grupos de alto riesgo, por medio del autoexamen de mama, la exploración clínica de las mamas y pruebas de pesquiasaje como la mamografía para un diagnóstico precoz del cáncer y lesiones precancerosas.

En términos generales podríamos decir que “la edad ideal para comenzar con las mamografías es cuarenta años salvo las mujeres con factores de riesgo (madre o hermanas) que entonces iniciamos diez años antes de la aparición del cáncer en el familiar afectado (12).

El riesgo de padecer cualquier tipo de cáncer se incrementa con la edad, en el caso del cáncer de mama, se incrementa a partir de la quinta década de la vida debido a la exposición previa y mantenida a numerosos factores de riesgo. La frecuencia de aparición de la enfermedad sigue una curva ascendente a partir de los 30 años, que presenta un pico de aceleración entre los 40-50 años (tumores hormono dependientes) y otro incremento en el intervalo de 60-70 años (sin relación con el estado hormonal), continuando a partir de esta edad un ascenso en forma más lenta. El incremento de riesgo de presentar la enfermedad en edades avanzadas, tal y como lo muestran los resultados de esta investigación, se explica por un aumento del llamado riesgo acumulativo, debido fundamentalmente a que la edad es el factor que individualmente mayor porcentaje aporta al cáncer de mama. Los porcentos se comportan en iguales cifras que en estudios realizados por otros investigadores (94).

Las razones para el incremento del riesgo de enfermar por cáncer, no son muy diferentes a las que se plantean en la mayoría de los países. Aunque Cuba es un país en vías de desarrollo, desde el punto de vista demográfico presenta

indicadores semejantes a los países desarrollados. Si en el 1953 la población mayor de 60 años constituía alrededor del 7% del total, al cierre del 2016 esta cifra ascendió a 19,8%, lo que evidencia aumento en la proporción de este grupo de edad, debido al mejoramiento en las acciones de atención en salud y las condiciones de vida de la población cubana, así como a otros factores ligados a la transición demográfica las migraciones y la ruralización de las ciudades (29).

Cada año se diagnostican en Cuba más de 2 200 nuevos casos de cáncer de mama y las edades más avanzadas de 50 a 64 años-son las de mayor riesgo, mientras que solo el uno por ciento de los que padecen esta afección corresponde al sexo masculino (95).

La prevención es hoy por hoy uno de los caminos más efectivos con la que cuenta la medicina, la misma va ligada a los factores de riesgo del cáncer de mama que afectan directamente a la aparición de la enfermedad. En este caso, existen algunos factores que la persona no puede cambiar, como por ejemplo la condición de ser mujer, (los hombres pueden padecerlo, pero su prevalencia es cien veces más común en las mujeres); pues las posibilidades aumentan a partir de los 55 años; el tejido mamario denso; el comienzo de la menstruación, y los genes hereditarios, pues se cree que alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos se deben a herencia genética, lo que significa que se derivan directamente de defectos genéticos (mutaciones) que se adquieren de los progenitores(93).

Como muestra de estudio se tomó un total de 73 mujeres comprendidas entre 40 a 60 años, de las cuales el mayor por ciento 38.4 % estuvo localizado entre las edades de 50 a 54 años, seguido del de 55 a 60 años con el 32.9 % tal como lo muestran los resultados de la **Tabla 1** La caracterización de las féminas según edad evidenció un predominio de más de 50 años. La edad promedio fue $51,7 \pm 4,8$ años coincidentemente con los grupos de mayor riesgo citados por la bibliografía consultada (93).

Otro de los aspectos considerados fue el referente al estado civil del grupo de estudio, varios investigadores informan que él nunca haberse casado sí estuvo asociado con la aparición del estadio tardío de la enfermedad (96-98).

A diferencia de lo citado anteriormente la prevalencia en los resultados obtenidos referente al estado civil presentan en la **Tabla 2**, que la mayoría de las mujeres estaban casadas resultando el 46.5 % y con unión estable el 24.6 %, permitiendo durante su relación íntima de pareja una detección precoz del cáncer de mama, no considerándola como la manera más efectiva para la detección del mismo aunque si puede resultar de ayuda en su prevención.

Se considera por algunos investigadores que existen desacuerdos entre las variables sociodemográficas, como los bajos niveles educativo y económico, las creencias y tabúes en torno a la enfermedad, la falta de disponibilidad de servicios de salud, entre otros, son barreras en la atención del cáncer de mama en los países subdesarrollados (21,87).

De acuerdo con los resultados obtenidos según **Tabla 3** observamos que la muestra presenta los mayores porcentaje de nivel escolar vencido, el pre universitario con 30.1 %, seguido del universitario con el 24.6 %, lo que a pesar de ello, según lo referido por las encuestadas no prevaleció la debida atención a factores relacionados con la prevención del cáncer de mama por presentar escases de tiempo debido a responsabilidades laborales y domésticas.

Algunos estudios han relacionado factores con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama, como la menarquia precoz, la menopausia tardía, la edad de la madre al concebir su primer embarazo, los cortos períodos de lactancia materna y otros como la dieta no saludable (exceso de calorías, grasas y proteínas), el hábito de fumar, la adicción al alcohol, el consumo prolongado de algunos medicamentos (antidepresivos y antihipertensivos) y la exposición a las radiaciones antes de los 30 años, por citar algunos(98) .

Tener algunos de estos factores de riesgo ya identificados hace necesario diseñar estrategias para su reducción y para la detección temprana del cáncer de mama. El conocimiento de los factores favorecedores o de riesgo y su comportamiento obligan al profesional de la salud a la toma de medidas que devienen o se originan desde este punto de partida. Es deber del médico y la enfermera de la familia lograr que las mujeres lleguen a estas edades con una calidad de vida adecuada; interesa entonces garantizarles un bienestar pleno y lograr que alcancen estas edades con una salud apropiada.

La Tabla 4 referente a las características del grupo de estudio, según factores de riesgo muestra, que la edad de la primera relación sexual antes de 21 años, el tabaquismo y no haber lactado predominan con un 58.9 %, 47.9 % y 34.2 % respectivamente, otros factores como traumas en la mama, los antecedentes personales de cáncer de mama o en otra localización y menopausia después de los 54 años de edad, se encontraban presentes en más del 25%, mostrándose los menores por cientos en el alcoholismo, factor ambiental (exposición a radiaciones) y antecedentes familiares.

Aunque la causa real del cáncer de mama al igual que la del resto de los cánceres es imprecisa, se conoce una serie de circunstancias relacionadas con el aumento de su incidencia que han sido consideradas como factores de riesgo para esta neoplasia. La herencia es uno de los elementos más discutidos actualmente (102).

Diversos estudios han demostrado que existen ciertos factores de riesgo que podrían aumentar las posibilidades de desarrollar cáncer de mama: el envejecimiento, la menarquía a edad muy temprana, la menopausia tardía, tener el primer hijo a edad avanzada, no haber parido, no haber amamantado, antecedentes personales de cáncer de mama o de otras enfermedades no cancerosas en las mamas, antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, hermana, hija), antecedentes de tratamiento con radioterapia en el pecho o mama, el sobrepeso (aumenta el riesgo de cáncer de mama después de la menopausia), el uso prolongado de la terapia de reemplazo hormonal (combinación de

estrógeno y progesterona), los cambios en los genes vinculados al cáncer de mama, los genes BRCA1 o BRCA2, tomar píldoras -también llamadas anticonceptivos orales- para el control de la natalidad, consumir bebidas alcohólicas (más de un trago por día) y no hacer ejercicio de forma regular(5,16,31).

Constituyen hoy un elemento importante para conducir a la búsqueda y erradicación de los factores que pueden influir en aparecer la enfermedad y agravar su diagnóstico, que son clasificados en: Biológicos: edad, ya abordada con anterioridad, los antecedentes familiares de padecimiento de cáncer de mama (ha sido más frecuente en mujeres con este antecedente),menarquia temprana, menopausia tardía (en estas dos condiciones debido a los cambios hormonales producidos), nuliparidad, tener hijos con más de 30 años. Sociales (patrones culturales, hábitos, costumbres, la no lactancia materna, dieta inadecuada, obesidad, y ambientales (exposición a sustancias cancerígenas, terapia de remplazo hormonal, tabaquismo, elementos estos que no coinciden con lo encontrado en el grupo de estudio, otro estudio encontró que fue el antecedente patológico familiar de cáncer de mama el factor que predominó con una frecuencia de un 56,7 %.(7,8).

Otras investigaciones plantean que la menarquía temprana, desencadena una serie de descargas y trastornos hormonales en la mujer haciendo que estas influyan en la carcinogénesis, pues promueven este proceso, sensibilizando una célula al ataque carcinogénico o modificando el crecimiento de un tumor ya establecido, sé prevé para la menopausia tardía el mismo efecto carcinogénico hormonal que para la menarquía precoz (99,100).

Numerosos son los factores que se asocian a la nuliparidad que favorecen la carcinogénesis mamaria y potencian a este como factor de riesgo, como el hecho de ofrecer menos lactancia materna, que se incrementa cuando no se ofrece esta al único hijo (101,102).

Al comparar el conocimiento adquirido por las mujeres encuestadas en el presente estudio sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, observamos según **Tabla 5** que los mismos aumentaron considerablemente sobre todo aquellos con un menor por ciento al inicio de las encuestas, tales como: factores hormonales 13.6 %, ambientales 13.6 %, familiares el 15 %, antecedentes gineco-obstétricos 17.8 %, antecedente personal de cáncer de mama o en otra localización 23.2 % y dietéticos con un 35.6% apreciándose en este último que las mujeres, no asociaron el factor dietético con el cáncer de mama.

En otro estudio realizado se pudo apreciar que el antecedente de dieta inadecuada (alto consumo de carnes rojas y grasa animal) evidenció asociación estadística significativa con el cáncer de mama, y una fuerza de asociación de padecerlo más que las mujeres sin este antecedente (103).

Se considera que cada vez se hace necesario que las mujeres conozcan los factores de riesgo, fundamentalmente los que pueden ser modificados, por lo que se deben transformar las conductas para una calidad de vida mayor, de ahí la importancia de la metodología empleada en la presente investigación. El incremento en la incidencia no sólo se atribuye a la mayor posibilidad de realizar diagnósticos en la actualidad, sino a un acrecentamiento de los factores de riesgo.

Cuando evaluamos el impacto de la intervención educativa sobre los conocimientos de los factores de riesgo de padecer de cáncer de mama encontramos que el mismo es significativamente positivo, al finalizar la intervención todas las mujeres pudieron identificar de cinco a más factores de riesgo, si tenemos en cuenta la importancia del control de los factores de riesgo en la aparición de estas enfermedades, consideramos esto como un serio problema de salud en la comunidad de estudio, ya que la no percepción de riesgos es un factor condicionante y en ocasiones desencadenante de muchas enfermedades y de esta en particular.

Para que los programas de detección del cáncer tengan el éxito deseado es indispensable que las mujeres conozcan la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mama y el impacto que éste tiene en la curación y en la supervivencia a largo plazo, y que periódicamente practiquen el autoexamen de mamas y se realicen con el médico un examen clínico de mama.

El autoexamen de las mamas debe ser enseñado por el médico o la enfermera de la familia, lo que se demostró posible con la presente intervención, que a su vez expone que no sólo con una ocasión que se les enseñe a la mujer logrará modificar su conducta, estas acciones educativas deben ser constantes. Sin embargo, se encontró un estudio que coincide con estos resultados, es el de exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario en el que se demostró la necesidad de incrementar la labor educativa para el aprendizaje del procedimiento para realizar el autoexamen de mamas y cómo se realiza este, pues el mayor por ciento de las mujeres encuestadas tenía desconocimiento sobre su técnica (49).

Según refieren algunos autores; es algo contradictorio encontrar aún en Cuba mujeres que desconozcan sobre cómo se debe realizar el autoexamen de mama a pesar de la divulgación que existe sobre la enfermedad a nivel nacional (100).

Se observó que la mayoría de las mujeres estudiadas no dan importancia al autoexamen de mama y mucho menos realizan la técnica, por lo que es una debilidad del programa de detección del cáncer de mama, lo que hace pensar que se debe incrementar las acciones educativas que fomenten la necesidad en las féminas de realizarse el procedimiento mensualmente. Sin embargo, La autoexploración mamaria para algunos autores se consideró como un método con baja sensibilidad de detección (28). Otros indicaron que el diagnóstico es más precoz en mujeres que se auto exploran, (80,102) y plantean la efectividad de autoexamen de mama, por lo que es el primer elemento dentro del Programa

Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, donde el 80 % de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer, seguidos del examen clínico anual que realiza el médico de la familia y por último la mamografía en mujeres mayores de 50 años de edad. (80, 82,87).

El resultado obtenido del estudio exponen en la **Tabla 6** que al inicio tanto la realización y la frecuencia con que se debe realizar el auto examen eran inferiores al 50 %, creciendo notablemente al final de la aplicación de la estrategia educativa tal como lo muestran los resultados, lo que demostró la necesidad de incrementar la labor educativa para el aprendizaje del procedimiento para realizar el autoexamen de mamas y cómo se realiza este, pues el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas tenían desconocimiento sobre su técnica.

En Cuba existe un **Programa Nacional de Control de Cáncer** que conjuga el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía. Hasta la fecha, en la Atención Primaria de Salud, el diagnóstico precoz es la principal arma contra esta enfermedad mortal, por lo que es muy importante que los médicos y enfermeras de este nivel de atención estén capacitados para la detección precoz del padecimiento, a partir de ofrecerles a sus pacientes la información necesaria(102).

Dependiendo de la organización del equipo de Atención Primaria, la exploración será realizada por el médico o personal de enfermería entrenado a tal efecto, siendo un elemento fundamental la educación para la salud sobre el autoexamen de mama. En caso de hallazgos de enfermedad se remitirá a la paciente a atención especializada para estudio. La realización de mamografías se efectuará en coordinación con atención especializada, valorando cada equipo de Atención Primaria las recomendaciones disponibles (103).

Los programas de pesquisaje del cáncer mamario mediante mamografía son costosos y sólo abarcan a la población de mayor riesgo, por esto es importante sensibilizar a los médicos de la familia y a todo el equipo de salud en la necesidad

de entrenar a su población femenina en la práctica del autoexamen mamario que se sabe se incrementa después de las sesiones de enseñanza y motivación por parte del personal calificado.

El nódulo de la mama es el síntoma principal de afecciones de la mama, constituye una advertencia para el clínico avezado al sugerirle en primer lugar la posibilidad de una neoplasia de la mama independientemente de la edad de la paciente (25). De allí la importancia de lograr que la mujer auto examine sus mamas mensualmente así como en las mayores de 30 años lograr que acudan a su consultorio anualmente para el examen de mama por el binomio del médico de la familia.

Se consideró en la investigación que la realización de actividades encaminadas a mejorar la adhesión de las mujeres al autoexamen es necesaria en el contexto de los servicios estudiados, además de promover mecanismos capaces de ayudar a la divulgación de esta práctica, lo que coincide con otros autores (100,105).

Es una necesidad vital de incorporar en el actuar médico y en las acciones comunitarias de las enfermeras insistir en el conocimiento de realizar el autoexamen de mama, ante toda mujer independientemente de la asociación con factores de riesgo o no para el cáncer de mama.

En este estudio realizado sobre la práctica del autoexamen de mamas la mayoría de las mujeres estudiadas refirieron no conocer este procedimiento, pero quedó demostrado que siempre se logran conocimientos adecuados o suficientes con relación al cáncer de mama después de aplicada una intervención.

En Cuba la estrategia para el control del cáncer integra los esfuerzos para la educación y promoción de acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población; la detección y

prevención de factores de riesgo a nivel poblacional desde la atención primaria de salud, así como el pesquisaje activo y sistemático.

Es interesante señalar que los resultados obtenidos sobre el incremento de los conocimientos de los factores de riesgo en el cáncer de mama después de aplicada la estrategia, se evidencian en la **Tabla 7** , hallándose una modificación de los conocimientos sobre los factores de riesgo de la enfermedad después de aplicada la intervención existiendo un aumento del conocimiento de los mismos entre Adecuado y Excelente según los parámetros evaluativos en correspondencia con el % obtenido en cada uno de ellos. Destacándose entre todos los conocimientos los antecedentes familiares y personales de cáncer de mama u otra localización, así como la frecuencia de realización del autoexamen de mama y su importancia, los cuales alcanzaron la categoría de Excelente al final de la aplicación de la estrategia educativa, mostrando la efectividad de la misma y su posible extensión y aplicación a otras áreas del municipio y país, según el impacto positivo obtenido entre la población femenina estudiada.

En Cuba el cáncer es un grave problema de salud, debido a las altas tasas de incidencia y mortalidad que se presentan. Su panorama epidemiológico representa el mayor obstáculo para lograr y sostener la “Esperanza de Vida de 80 años con mejor calidad”, afecta a todas las edades y constituye la primera causa de Años de Vida Potenciales Perdidos hasta los 74 años. De ahí que la capacidad de respuesta organizada para la prevención y control de este problema, forme parte de las prioridades del Sistema Nacional de Salud (105).

A pesar de que la supervivencia global en Cuba, es superior a la reportada en algunas investigaciones de América y a la de las series registradas en la India, se muestra inferior a la de algunos países del continente americano, como Brasil y México y muy por debajo de la media de las naciones desarrolladas de Europa y EUA,(84) esto refleja que aunque en los últimos años se ha logrado una ligera disminución de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad se debe seguir perfeccionando el trabajo en la atención primaria de salud, relacionado con la

prevención primaria y secundaria de esta enfermedad, haciendo énfasis en el trabajo con los grupos de riesgo a través de acciones intersectoriales e interdisciplinarias que permitan, en un futuro cercano, incrementar los diagnósticos en estadios iniciales y elevar así la supervivencia por esta enfermedad, como viene ocurriendo en las naciones señaladas (83).

A través del informe al Registro Nacional de Cáncer se ha logrado identificar cuáles son las regiones con mayor morbilidad y mortalidad a los efectos de priorizar el equipamiento necesario para el diagnóstico temprano y el correspondiente tratamiento (9,29).

El arsenal terapéutico de Cuba hoy es comparable al de países desarrollados, pero el mayor énfasis debe ser preventivo, educativo y de divulgación para el control del riesgo; se sabe que con un diagnóstico temprano hay más posibilidades de evitar males mayores (105).

Villa Clara es la provincia donde se exhiben cifras elevadas de mujeres con esta enfermedad y en Santa Clara es el municipio donde existe una alta proporción de estas personas.

La estrategia del Programa integral que se lleva adelante en Cuba, tiene una base en la atención primaria, en la que existen funciones definidas, entre ellas el examen físico periódico a personas con riesgo, la dispensarización de casos y la educación sanitaria, en los cuales el papel de la enfermera es fundamental.

El personal de enfermería tiene una importante función profesional como educadora; para ello, debe aportar conocimientos, capacitación y estímulo para mantener y aumentar, si es posible, la salud y la calidad de vida de la mujer, juegan un papel trascendental a la hora de proporcionar soporte y cuidados a la mujer, ya que son las que elevan la autoestima femenina y despiertan un mundo de nuevas ideas, conocimientos, un intercambio auténtico y pertinente de informaciones. Además de ser una pieza clave en los programas de educación

para la salud y prevención de la enfermedad pues poseen un contacto cercano con muchos miembros de la comunidad.

Con su esfuerzo deben hacer que la mujer mire al climaterio con otros ojos, con la mirada radiante de seguir viviendo. Con la felicidad de encontrar en cada amanecer nuevos instantes para disfrutar la vida.

Los profesionales de la salud, desarrollan una interacción humana fundamentada en el intercambio auténtico y pertinente de informaciones, que lleva al contexto actual experiencias de vida significativas y generadoras de un cuidado sensible, solidario e integrador con el otro.

Para mantener su autoestima elevada es fundamental que las mujeres climatéricas adopten una vida de posibilidades, renovación y realización. Cuando tienen autoconfianza, se presentan estables en el ámbito emocional y afectivo, y permiten completar las lagunas de su interior con nuevas experiencias y valentía para vivir nuevas posibilidades.

La Educación para la Salud suscita a estilos de vida y hábitos responsables. La labor del profesional de la salud es contribuir a que las mujeres adopten costumbres saludables mediante sus comportamientos.

En consecuencia, dicho accionar se ha dedicado a propiciar su cumplimiento, e inducir, desde la gestión del conocimiento, que los directivos fomenten la auto preparación y la auto responsabilidad, socialicen el conocimiento acerca de las nuevas formas de organización que se han establecido para el control del cáncer, asuman una visión integral y sistémica, dispongan de toda la documentación necesaria que sirva de consulta obligada para el trabajo diario, y mantengan un control sistemático y una exigencia permanente en el cumplimiento de las regulaciones establecidas para el control de los tumores malignos. El beneficio de

las pruebas de detección es que se puede encontrar el cáncer en sus etapas iniciales, cuando es más fácil de tratar.

Se ha comprobado en el mundo que la mejor manera de reducir el costo de la atención de salud es manteniendo a las personas más sanas y detectando las enfermedades en sus etapas más tempranas, de manera que su tratamiento oportuno evite la pérdida de años productivos y socialmente útiles (100).

Ejemplo de esto lo tenemos en Valencia donde los programas de salud se llevan a cabo de la siguiente manera:

Para poner en marcha el programa, se reúnen todos los profesionales que participarán en el desarrollo del programa para poder aclarar todas las dudas y establecer los criterios de derivación. Los profesionales tienen que actualizarse con todas las novedades acerca de este tema para poder informar a los pacientes. A los pacientes se les envía una carta a la casa o folletos o se va comunicando cuando acuden al Centro de Salud. En los folletos aparece el día y la hora de la charla. Se han encontrado grupos de autoayuda en comunidades como Valencia sobre la educación para la salud en la mujer climatérica y son las propias mujeres las que deciden si quieren asistir (20, 21).

Lo primero que hacen con estas mujeres son estudios individuales de salud; valorar el estado general de la mujer (historia de salud, exploración física, detección de riesgos generales, cuestionarios, educación sanitaria individual) y actuaciones específicas para la salud de la mujer climatérica (prevención de embarazos no deseados, manifestaciones asociadas al climaterio, incontinencia urinaria y anal, riesgo de osteoporosis, calidad de vida, valoración psicológica).

Después de estas revisiones individuales desarrollan actividades grupales de educación para la salud. En estas charlas las explican que es el climaterio, los posibles cambios y alteraciones físicas, los hábitos saludables, el ejercicio físico, la alimentación, el consejo sobre hábitos tóxicos, tratan temas psicosociales como autoestima y técnicas de relajación. Y explican los diversos tratamientos que

existen. Se responde a todas las preguntas que los usuarios hagan o les preocupen.

Una vez dadas las charlas, contactan con esas mujeres durante un periodo de tiempo para poder realizar una evaluación. Observan si la calidad de vida ha mejorado, si duermen mejor, si han aumentado la autoestima, las relaciones sociales y familiares, y si ha aumentado el número de conocimientos de la mujer acerca de los aspectos relacionados con el climaterio.

Estos talleres son realizados por la fuerza que tiene el grupo para ayudar al cambio de conductas y la fuerza formadora que tienen los grupos (20,21).

Algunas referencias en común con el programa ejecutado en Valencia, muestra la investigación realizada en los consultorios del policlínico Mario Muñoz Monroy donde se logró que las mujeres incrementaran sus conocimientos, de una evaluación deficiente antes de la intervención a satisfactoria después de la misma, lo que denota el impacto a corto plazo.

La importancia de esta intervención radica en la necesidad de una actuación adecuada por parte de las mujeres, evitando la ansiedad que se produce por no tener conceptos claros que permitan una caracterización correcta de estas enfermedades. Para medir la efectividad de este programa y el impacto que pudo tener a corto plazo se fueron realizando conferencias sobre diferentes temas, los cuales después fueron debatidos y analizados, donde posteriormente se realizaron una serie de evaluaciones cualitativas, se cuantificaron de acuerdo a la variación que alcanzaron sus reflexiones a través de una escala final y, al igual que el nivel de conocimiento, se dividieron en deficiente y satisfactoria.

El incremento de la incidencia y mortalidad por cáncer, entre otros determinantes, ha provocado que su control constituya un nuevo reto para la salud pública cubana. Se han identificado un conjunto de prioridades que a juicio de expertos pueden favorecer el control del cáncer. De ellas, se ha obtenido la guía de obligatorio cumplimiento para las diferentes áreas e instituciones, de manera que

la formulación de sus objetivos operacionales y las actividades/indicadores de trabajo le den salida a dichas prioridades entre las que se encuentran (96).

1. Actividades de promoción y educación para la salud, con amplia participación comunitaria e intersectorial.
2. Estabilidad en el funcionamiento de los servicios con regionalización de aquellos que no se puedan tener o mantener en las instituciones, prestándole mayor atención al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.
3. Formación y reorientación de los recursos humanos según especialidades y necesidades del sistema.
4. Desarrollar investigaciones que permitan preservar la salud y el bienestar de la población cubana en función de la excelencia de los servicios, y la introducción y generalización de los nuevos conocimientos de la ciencia y la innovación tecnológica.
5. Utilización eficiente de los recursos financieros y materiales haciendo cumplir los reglamentos, manuales de procedimiento, protocolos de tratamiento, etc.
6. Garantizar como parte del proceso de fortalecimiento de la institucionalización del país, las funciones necesarias de cada estructura de dirección, así como continuar perfeccionando la base reglamentaria ya establecida.

En relación con estilos de vida muy diferentes al de los países menos desarrollados. El cáncer mamario es la entidad maligna más frecuente en la mujer. Probablemente tiene una incidencia y mortalidad mayor en los países desarrollados, que en el resto (106)

En Cuba el primer programa de control de cáncer se implementó en 1968 y estuvo dirigido a la detección precoz del cáncer cervicouterino, al mismo tiempo y a partir de la identificación de nuevos problemas de salud, se establecieron otros de manera simultánea, para buscar soluciones y alcanzar plataformas sólidas para el trabajo de promoción de estilos de vida saludable con el objetivo de exponer, a través de una reseña histórica, la labor de prevención. (105).

Estudios justifican la necesidad de extender esta intervención a los consultorios, durante las tres últimas décadas la supervivencia global a los 5 años por cáncer de mama se ha ido incrementando de manera sostenida en la mayoría de los países desarrollados de Europa y en los EUA. Según estimados recientes este parámetro oscila entre 85 y 90 % en países europeos y próximos al 95% en investigaciones estadounidenses (17, 106,107).

En un estudio realizado en Cuba se plantea que el médico de la familia, dentro del marco de la salud juega un papel importante en la atención de estas pacientes. El manejo de los factores de riesgo permite identificar todas aquellas mujeres que están expuestas a padecer la enfermedad, por lo que la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores para cumplir dichos programas (4,9). Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población (55).

La detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este cáncer.

Con relación a la sobrevida para los estadios clínicos y según estadísticas publicadas por la American Cancer Society de Norteamérica, en EUA el porcentaje de supervivencia a los cinco años es de 100 % para las etapas 0 y I, 93% para etapa II, 72% para las etapas III y 22% para etapa IV, de igual manera el Cancer Research UK del Reino Unido reporta una supervivencia de 99% para la etapa I, 90% para la etapa II, 60% para la etapa III y 15% para la etapa IV(110).

Estas cifras revelan que la sobrevida global a los cinco años resultó inferior a estos parámetros internacionales de países desarrollados, para los estadios II, III y IV, pero las diferencias más acentuadas ocurrieron en los dos estadios más avanzados de la enfermedad, donde se registraron supervivencias a los 5 años de 37 % y 0 para los estadios III y IV respectivamente, las investigaciones

latinoamericanas revisadas registran supervivencias superiores a las de nuestra serie para estadios avanzados(106) por otra parte resultados inferiores fueron reportados en la India.(103).

Estas diferencias están relacionadas con deficiencias en la estrategia terapéutica empleada por lo que es una interrogante para el mundo y a su vez, enfatiza en la necesidad de incrementar y abordar más sobre temas de prevención y educación para disminuir estas incidencias que resultan fatales en la vida de la mujer.

En Cuba se registran resultados diversos, en una investigación realizada en Santiago de Cuba, se obtuvo un 83.9 % de supervivencia global, mientras en otro estudio de base poblacional realizado en Granma, este resultado fue inferior al de esta serie 53.2 % (82).

A pesar de este sombrío panorama hay que señalar que en el último trienio reportado por los Anuarios Estadísticos de Cuba, la mortalidad por cáncer mamario en el sexo femenino disminuyó ligeramente sus tasas x 100000 habitantes (de 27.4 en el 2015 a 26.9 en el 2017 (9,29).

Otro estudio en Cuba mostró que la probabilidad de supervivencia global a los 5 años en esta serie resultó baja al compararla con la mayoría de los estudios consultados a nivel internacional, al categorizar esta sobrevida para los estadios clínicos, se muestra una disminución marcada en los estadios clínicos avanzados de la enfermedad: (III y IV) y además se confirma que el tiempo de supervivencia global de las pacientes disminuye de manera significativa en la medida en que el tamaño tumoral, el número de ganglios axilares tomados y el estadio, son mayores al momento del diagnóstico (30).

La supervivencia de pacientes con cáncer de mama se reduce considerablemente con la presencia de ganglios axilares positivos, disminuyendo la sobrevida mientras mayor número de ganglios se encuentren comprometidos. Otras investigaciones señalan asociaciones significativas entre el número de ganglios afectados y la supervivencia a los cinco años, considerándose un factor pronóstico

de muerte, lo cual justifica la realización de un examen físico completo por parte de los profesionales de la atención primaria (100).

Como el tamaño del tumor es un factor dependiente del tiempo, cuanto mayor es la duración de la dolencia antes del primer tratamiento, mayor será el tamaño del tumor al momento del diagnóstico. Por otra parte, el diámetro del tumor primario se relaciona, no sólo con el riesgo de existencia de metástasis ganglionares, sino que por sí mismo es un factor independiente a la hora de predecir el riesgo de recurrencia en pacientes con y sin afectación ganglionar axilar y constituye uno de los factores para delimitar grupos de riesgo en cáncer de mama con ganglios negativos.

Como vemos, el tamaño del tumor actúa como indicador pronóstico de supervivencia, con una relación lineal inversamente proporcional cualquiera que sea el estatus ganglionar, aspecto que se relaciona con otras investigaciones revisadas (96).

A nivel internacional la mayor parte de los estudios de seguimiento en cáncer de mama se centran en el análisis de los tiempos de sobrevida, fundamentalmente la supervivencia global al año, a los 5 y 10 años. La edad de las pacientes, el estadio clínico, el tamaño del tumor, el grado histológico y el número de ganglios linfáticos afectados, son parámetros relevantes usados para evaluar la sobrevida y juegan un papel decisivo en la planificación del tratamiento de esta neoplasia(110).

Esto refleja que aunque en los últimos años se ha logrado una ligera disminución de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad, se debe seguir perfeccionando el trabajo en la atención primaria de salud, relacionado con la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad, haciendo énfasis en el trabajo con los grupos de riesgo a través de acciones intersectoriales e interdisciplinarias que permitan, en un futuro cercano, incrementar los diagnósticos en estadios iniciales y elevar así la supervivencia por esta enfermedad.

Los resultados del presente estudio y lo expresado por los autores antes mencionados guardan relación, se coincide con aquellos autores que expresan que la aplicación de un programa educativo resulta efectiva para la prevención del cáncer de mama (62, 83,86).

Pese a que en la mayoría de los casos la aparición del cáncer es inevitable, la autoexploración mamaria, acudir al especialista para las revisiones o ante cualquier señal de alerta y seguir unos hábitos de vida saludables serán claves para favorecer la prevención y el diagnóstico precoz en cáncer de mama.

Concluyendo que las necesidades instructivo-educativas identificadas por las mujeres fueron: conocer sobre los factores de riesgo del cáncer de mama y sobre el autoexamen de mama; la intervención realizada resultó suficiente para capacitar a las mujeres, pues así fue percibido por ellas, cuando refirieron como favorable la influencia recibida y elevaron significativamente su nivel de conocimiento relacionados con esta enfermedad.

Hoy, el cáncer de la mama ha sido estudiado en profundidad y la medicina moderna le ofrece, a la mujer, la posibilidad de prevenir la aparición del cáncer mismo o la de un diagnóstico precoz que no solo preserve la vida sino también que evite las temidas consecuencias de este proceso pudiendo preservar la integridad de sus mamas.

De hecho, si el aprendizaje es establecer relaciones y aprender es crear vínculos, las mujeres y los profesionales de la salud en esta relación, aprenden mutuamente con el fin de promover la salud. Los resultados de éste investigación confirman lo planteado con anterioridad.

CONCLUSIONES

- ❖ La estrategia educativa propuesta para la prevención del cáncer de mama en mujeres en etapa de climaterio, resulto de gran impacto al incrementar el conocimiento de los factores de riesgo, la importancia de la realización sistemática del autoexamen de mamas, modifíco estilos de vida que inciden en la aparición de la enfermedad, además contribuyó a elevar la visión en las acciones de prevención que se deben realizar en la comunidad para disminuir la incidencia de la aparición del cáncer de mama.
- ❖ Las necesidades educativas identificadas fueron el desconocimiento de la importancia para su salud de la prevención del cáncer de mama, y sus factores de riesgo en su modo y estilo de vida en la mayoría de las mujeres estudiadas.
- ❖ Los resultados obtenidos a corto plazo han sido satisfactorios y con buen nivel educativo y de aprendizaje, obteniéndose incremento entre el 53.5% y 85% de los conocimientos adquiridos en la población estudiada y con repercusión en la comunidad, observándose posteriormente un aumento significativo en los conocimientos adquiridos.

RECOMENDACIONES

- Aplicar esta estrategia educativa al resto de los consultorios médicos que pertenecen al policlínico Mario Muñoz Monroy.
- Incorporar al interrogatorio y al examen físico que realizan el médico y la enfermera de la familia, la realización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1) Rigquete de Souza Soares G., Faria Simoes S.M., Silveira Fazoli K.L., Halász Coutinho F., Antunes Cortez E. El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura. *Enfermería global*. [Internet]. 2012 [citado 14 diciembre 2015]; 11(25): 440-450. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000100025&lang=pt

2) García Carrobles AM, Velasco Abellán M, Gómez Cantarino S. El concepto social de climaterio en población rural y urbana. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 5.2 (2015): 145-151.

3) Rivas Jerez A, Arco Arredondo J, Rodríguez Pérez MA, López Martín I, Cantos Uncala V. Calidad de vida y menopausia. En: Asociación de Educación y Psicología, editores. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*.3. 2015: 126-131. [Citado día 4 de enero del 2016]. Disponible en:

<http://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/calidad-de-vida-cuidadores-e-intervencion-para-la-mejora-de-la-salud-en-el-envejecimiento-volumenIII.pdf#page=126>

4) González Sáez Y, Hernández Sáez I, Hidalgo Batueca S.I, Pedroso Delgado JC, Feal Peña N, Báez Aldana E. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre climaterio y menopausia. *AMC* [Internet]. 2012 [citado 5 diciembre 2015]; 16(1): 5-14. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552012000100002&lng=en

5) Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. *Rev cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2011 [citado 5 diciembre 2015]; 27(4):543-557. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

6) Leyva Moral JM. La dominación del cuerpo femenino: análisis feminista del climaterio y las prácticas de cuidado profesional. Ene. [Internet]. 2014 [citado 8 diciembre 2015]; 8(1): [Aprox. 1p]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2014000100005&lang=pt

7) Martínez-Guzmán G, Bustillo Díaz M M, González Velázquez R, Bernabé Loranca B, Rangel Huerta A, Juárez Díaz G, Ata Pérez A, Quiroz Hernández N, & Reyes Vélez RM L. Cálculo de la mortalidad en la población del estado de Puebla, usando las Tablas modelo de la ONU y el método de Ricard Genova. *Papeles de población*, (2015). 21(85):177-210. Recuperado en 27 de febrero de 2019, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140574252015000300007&lng=es&tlng=es.

8) INE. Padrón de Españoles Residentes en el Extranjero. Madrid: Instituto Nacional estadística, 2014cd. <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp85001&file=inebase>> [18/02/2015]

9) Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. Dirección Nacional de Estadísticas y registros Médicos La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017.

10) Rodríguez Sarria Y M, Delisle Ureña G, Sagaró del Campo N M, Escalona Fonseca M. Prediction factors and survival of women with breast cancer in Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2018 Mayo [citado 2019 Feb 28]; 22(5): 477-482. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000500004&lng=es.

11) Calzado Begué D, Torre Rosés MV de la, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. Rev Inf Cient. 2014 [citado 7 Jun 2017]; 83(1): 131-43. Disponible en:

http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_83_No.1/cancer_de_mama_rb.pdf

12) Reina Suárez M, Ramos Rangel Y, Cisnero Pimentel L, Reina Sarmiento M, Alcelú Sarduy M, González Suárez M. Characterization of patients with breast cancer and their accompanying relatives. Medisur [Internet]. 2018 Feb [citado 2019 Feb 28] ; 16(1): 47-54. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2018000100008&lng=es

13) Santoro-Lamelas V. La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. Rev. salud pública. 2016;18(4):530-42. 14. Serpa Andrade CA, Velecela Abambari SG, Balladares Rengel MF. Prevalencia de parasitismo intestinal en los niños de la escuela José María Astudillo de la parroquia Sinincay. Panorama Médico. 2014;8(1):14-9.

15) Candelaria Brito JC, Gutiérrez Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Pérez Ruiz A, Ruiz Pérez FR, Labrador Mazón O. Programa de educación comunitaria sobre salud nefrológica en adultos mayores con factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017 [citado 2017 Sep 15];36(2). Disponible en:

<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/344>

16) Januário Id, Torquato IM, Albuquerque AM, Gouveia Bd, Neto VL, Oliveira da Silva BC. Impacto del diagnóstico de cáncer en las personas mayores en la familia. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 Feb 28];34(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1315>

17) International Agency for Research on Cancer [sede web]. Lyon: World HealthOrganization; 2015 [Acceso el 15 de noviembre de 2014]. Globocan 2012:Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

18) Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez Cornelio O. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. Rev Cubana

Med Gen Integr [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Feb 28] ; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252015000200003&lng=e.

19) Moraga Rodríguez Alina, Zamora Matamoros Larisa, Sagaró del Campo Nelsa M, Moraga Rodríguez Annia, Rodríguez Griñán Alina. Análisis estadístico implicative para la identificación de factores pronósticos de la mortalidad por cáncer de mama. MEDISAN [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Feb 28] ; 21(4): 395-406. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000400003&lng=e.

20) García Roque Dinorah, Borges de la Oliva Yaiset. Importancia de la pesquisa del cáncer de mama. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Feb 28] ; 7(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100001&lng=es.

21) Muñoz Martín R, García Padilla R, Oyola Saavedra M, Sánchez Barroso N. Calidad de vida y menopausia: Resultados de una intervención psicoeducativa. NURE Inv [revista en internet]. Mayo-Junio 2014 [fecha de acceso 06 de junio de 2018]; 11(70): 1-15. Disponible en: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/5

22) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]; Terapia Hormonal en la Menopausia. Madrid: [actualizado 24 feb 2016; citado 28 de feb 2016]. Disponible en: <http://www.areadelamujersego.es/pdf/5.menopausia/pdf/5.2%20terapia%20hormonal%20en%20la%20menopausia.pdf>

23) Marván M, Espinoza Hernández G, Martínez Garduño M, Jasso K. Attitudes toward menopause, sexual function and depressive symptoms in Mexican women. Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology [revista en internet]. 2017 [fecha de acceso 15 de marzo de 2018]. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2017.1308350>

24) Mendoza Meza DL, Roa Mercado C, Ahumada Barraza C. Efecto de las isoflavonas de la soja en la salud ósea de adultos y niños. Salud, Barranquilla [Internet]. 2015 [citado 4 febrero 2016]; 31(1):138-152. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522015000100014&lng=en.

25) Gómez A. Hablemos de menopausia. GénEros [revista en internet]. 2016 [fecha de acceso 16 de mayo de 2018]; 2(4): 58-60.

http://bvirtual.ucol.mx/descargables/903_hablemos_de_menopausia.pdf

26) Asociación Española para el Estudio de la Menopausia [Internet]. Denosumab en mujeres posmenopáusicas: Guía de práctica clínica. 2013 [citado 18 enero 2016]; 3: 1-36. Disponible en:

<http://www.aeem.es/documentos/menoguias/MENOGUIADENOSUMAB.pdf>

27) Agüero Betancourt C, de la Paz Carmona A, Ferrer Herrera I, Abreu Viamontes C. Pesquisa de câncer de mama. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2015 [citado 18 Oct 2017];7(2):179-85.

Disponible en:

http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2FsciELO.sld.cu%2FsciELO.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1025-02552003000200007&hl=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=1&ei=WEI3WsD1A8PSmAH-u6r4BA&scisig=AAGBfm0sjCcMGFqAXwTFBp3xpBwFzRI4nA&nossl=1&ws=1138x523

28) Bell Santos H, Oduardo Pérez O. Autoexamen de mama en mujeres de la comunidad "19 de Abril" del municipio venezolano de Guanare. Medisan. 2015 [citado 22 Oct 2017];19(2):186-91.

Disponible en:

http://scholar.google.com/cu/scholar_url?url=http%3A%2F%2FsciELO.sld.cu%2FsciELO.php%3Fpid%3DS1029-30192015000200006%26script%3Dsci_arttext%26lng

[%3Dpt&hl=es&sa=T&oi=gpp&ct=res&cd=0&ei=Nkl3WtCeMoS3mAHS1JWYCQ&scisig=AAGBfm2UfAh-6KMkY63v7KEHBU_Zs12BYA&nossl=1&ws=1138x523](http://www.google.com/cu/url?url=http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico)

29) Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana (Cuba); 2017 [citado 18 marzo 2019].

Disponible en:

http://www.google.com/cu/url?url=http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252015000300001&lng=es

30) García Soto Jesús, Busto Hidalgo Jacqueline, Hernández Menéndez Miguel, Schery Guedez Odalys, García Busto Jesús Antonio. Epidemiological factors related to breast cancer. Hospital "José Ramón López Tabrane". Province of Matanzas. 2010-2015. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2019 Feb [citado 2019 Abr 03] ; 41(1): 104-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100104&lng=es.

31) Álvarez C, Vich P, Brusint B, et al. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (I/V). Semergen [Internet]. 2014 [citado 20/09/2017];40(8):460-72. Disponible en: Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-actualizacion-del-cancer-mama-atencion-S113835931400104X> [[Links](#)]

32) Vázquez T, Krygier G, Barrios E, et al. Análisis de sobrevida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses. Rev Med Uruguay [Internet]. 2005 [citado 20/09/2018];21(2):107-21. Disponible en:

Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/21/2/2/es/3/resumen/> [[Links](#)]

33) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Indicadores de demografía y población. México: INEGI; 2014 [consultado 25 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1ktla0K>.

[[Links](#)]

34) Hernández Moreno, FP, Landero Hernández, R. Aspectos Psicosociales Relacionados con el TEPT en Pacientes con Cáncer de Mama. Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records [Internet]. 2015;5(1):1881-1891. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358941542007>

35) González Salinas JF. Experiencias y significados de las mujeres mexicanas durante la transición del climaterio a la post- menopausia. Estudio fenomenológico [Tesis en Internet]. España: Universidad Alicante; 2016 [citado 23/07/2018]. Disponible en: Disponible en:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/60356/1/tesis_gonzalez_salinas.pdf

[[Links](#)]

36) Bello A, O' Higgins M, Páez L. Trastorno depresivo y su asociación con la edad en pacientes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA. An Fac Cienc Méd (Asunción) [Internet]. 2015 [citado 23/07/2018];48(2):47-58. Disponible en: Disponible en:

http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492015000200005&lng [[Links](#)]

37) Marván-Garduño ML. La Experiencia del Climaterio desde una Perspectiva Psicosocial. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Psicológicas Salud y Administración [Internet]. 2017 [citado 23/07/2018];4(11):27-34. Disponible en: Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol4num11/3_Climaterio.pdf

[[Links](#)]

38) Miguel-Soca PE. Factores de riesgos de enfermedad cardiovascular en mujeres con menopausia. Rev Fed Arg Cardiol [Internet]. 2014 [citado 23/07/2018];43(2):90-96. Disponible en:

http://www.fac.org.ar/2/revista/14v43n2/art_orig/art_orig04/soca.pdf [[Links](#)]

39) Roque Salgado R. Comportamiento clínico y epidemiológico de la menopausia y su etapa de transición en mujeres de 45 a 60 años [Internet]. Septiembre 2016 a enero 2017 [Tesis en Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017 [citado 23/07/2018]. Disponible en: Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4513/> [[Links](#)]

40) González Ayamante AE. Percepción del funcionamiento familiar y su relación con la sintomatología climatérica en mujeres usuarias de un centro de salud de nivel primario. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva [Tesis en Internet]. Chile: Facultad de Medicina. Universidad de Concepción; 2015 [citado 23/07/2018]. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/1805?locale-attribute=en> [[Links](#)]

41) Herber-Gast G, Brown WJ, Mishra GD. Hot flushes and night sweats are associated with coronary heart disease risk in midlife: A longitudinal study. BJOG. 2015;122(11):1560-7 [consultado 8 Dic 2014]. Disponible: <http://bit.ly/21mUM3s>. [[Links](#)]

42) Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. Rev Facultad de Medicina de la UNAM México [Internet]. 2018 [citado 23/07/2018];61(2). Disponible en: Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un182j.pdf> [[Links](#)]

43) Marván ML, Espinosa-Hernández G, Martínez-Garduño M. Attitud es toward menopause, sexual function and depressive symptoms in Mexican women. J Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2017;39(2):121-27. Citado en PubMed; PMID: 28367710. [[Links](#)]

44) Chou CH, Ko HC, Wu J. Effect of previous diagnoses of depression, menopause status, vasomotor symptoms, and neuroticism on depressive symptoms among climacteric women: A 30-month follow-up. Taiwan J Obstetrics Gynecology. 2015;54(4):385-89. Citado en PubMed; PMID: 26384055. [[Links](#)]

45) Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 23/07/2018];18(10):1409-18. Disponible en: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es [[Links](#)]

46) Bisognin P, Neumaier AC, Wilhelm Laís A, et al. El climaterio en la perspectiva de las mujeres. Enferm Glob [Internet]. 2015 Jul [citado 23/07/2018];14(39):155-67. Disponible en: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300008&lng=es [[Links](#)]

47) Meto AMP, Valadares ALR, Costa-Paiva L. Climatério e sexualidade. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2013 [citado 23/07/2018];35(3):93-6. Disponible en: Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n3/v35n3a01.pdf> [[Links](#)]

48) Ayala-Peralta FD, Ayala Palomino R, Ayala Moreno D. Climaterio y menopausia: aporte de 70 años de vida institucional. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet]. 2017 Jul [citado 23/07/2018];63(3):455-62. Disponible en: Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300016&lng=es [[Links](#)]

49) Ghodsi Z, Hojjatoleslami S. Breast self examination and mammography in cancer screening: Women health protective behavior. J Prev Med Hyg. 2014;55(2):46-9. [[Links](#)]

50) Molina-Medina AI, Arco-Arenas C, Román Gálvez MR. Programa de hábitos de vida saludable en el climaterio. En: Gázquez-Linares MC, Pérez-Fuentes MM, Molero-Jurado I., et al. Investigación en salud y envejecimiento. Volumen II. Almería: ASUNIVEP; 2015. [consultado 8 Dic 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1Rtz1XQ>. [[Links](#)]

51) Secretaria de Salud. Detección, diagnóstico y tratamiento inicial de incontinencia urinaria en la mujer. México: Secretaría de Salud; 2009 [consultado 23 Feb 2015]. Disponible en <http://bit.ly/1T1eahR>. [[Links](#)]

52) Paredes-Pérez N. Beneficio del ejercicio aeróbico sobre los síntomas vasomotores de pacientes posmenopáusicas. Horiz Méd. 2013;13(3):15-24 [consultado 23 Feb 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/24tibPU>. [[Links](#)]

53) Ayala la RM. Repercusión del climaterio en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 59 años [Internet]. [Tesis en Internet]. Ecuador: Centro de Salud Pascuales; 2017 [citado 23/07/2018]. : Disponible en: <http://repositorio.ucsq.edu.ec/bitstream/3317/7414/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-26.pdf> [[Links](#)]

54) Almeida OP, Marsh K, Murray K, Hickey M, Sim M, Ford A, Flicker L. Reducing depression during the menopausal transition with health coaching: Results from the healthy menopausal transition randomised controlled trial. Maturitas ,2016., 92, 41-48

55) Martínez-Garduño, M.D., Olivos-Rubio, M., Gómez-Torres, D., y Cruz-Bello, P. Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. Enfermería Universitaria . 2016. 13(3), 142-150.M

56) Martínez MD, González NI, Oudhof J, et al. Factores psicosociales predictores de la satisfacción con la vida en la perimenopausia y posmenopausia. Aquichan. 2012;12(3):298-306 [consultado 24 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1oEWVG5>. [[Links](#)]

57) Rindner L., Strömme G, Nordeman L, Hange D., Gunnarsson, R., y Rembeck, G. Reducing menopausal symptoms for women during the menopause transition using group education in a primary health care setting—a randomized controlled trial. Maturitas.2017. 98, 14-1958.

58) Pérez LE, Rojas EI. Menopausia: panorama actual de manejo. Rev Fac Méd. 2011;19(1):56-65 [consultado 15 Jun 2015]. Disponible en <http://bit.ly/1QnnBG6>. [[Links](#)]

59) Monterrosa-Castro, A., Márquez-Vega, J., Arteta-Acosta, C. Calidad de vida y disfunción sexual en mujeres climatéricas residentes en una región del Caribe colombiano. Rev Cien Biomed. 2014; 5: 55-65.

60) Champin, D. [Competency-based assessment in medical education]. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2014; 31: 566-571.

61) Blumenthal D, Bernard K, Frasc T, Bohnen J, Zeidman J, Stone V. Implementing a pilot leadership course for internal medicine residents: design considerations, participant impressions and lesson learned. BMC Medical Education. 2014; 14: 257.

62) Álvarez-Gordillo LM, Álvarez-Gordillo GC, Sánchez-Ramírez G. Propuesta educativa para el cuidado de la salud en el climaterio mujeres de Chiapas, México. Rev Edu Cienc salud. 2008;5(1):12-9 [consultado 27 Jul 2015]. Disponible en: [http://bit.ly/21\(43WO](http://bit.ly/21(43WO).
[[Links](#)]

63) Martínez-Garduño M.D., Olivos-Rubio M., Gómez-Torres D., Cruz-Bello P.. Nursing educational intervention to foster women's self-care during their climacteric period. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Dic 15]; 13(3): 142-150. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632016000300142&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.04.001>.

64) Sariol Corrales Y, Navarro Despaigne Di, Álvarez Plasencia R, de Armas Águila Y, Domínguez Alonso E, Dopazo Alonso M. Etapas del climaterio y función endotelial en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Dic 15]; 26(2): 138-146.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532015000200004&lng=es

65) National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. NICE clinical guideline. NG 23. 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/chapter/Recommendations>

66) Dessapt AL, Gourdy P. Menopause and cardiovascular risk. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2012;41(7):13-9.

67) Martin K A, Barbieri RL. Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy. En: Up-to-date, Post TW (Ed), Up-to-date, Crowley Jr. WF. (Jun 5, 2017). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-menopausal-symptoms-with-hormone-therapy?source=search_result&search=menopause&selectedTitle=2~150

68) Mendelsohn ME. Efectos de los estrógenos en el sistema cardiovascular. Revista del Climaterio. 2010;13(74):56-60.

69) Hernández M, Blanco O. Los estrógenos como protectores cardiovasculares. Medicentro Electrónica. 2012;16(3):148-53.

70) Ross M, Pawlina W. Histología, Texto y Atlas. España: Wolters Kluwer, 7^a. ed. 2015, pp. 897-963.2. Sadler TW. Embriología médica Langman. España: Wolters Kluwer, 13^a ed. 2016.

71) Sadler TW. Embriología médica Langman. España: Wolters Kluwer, 13^a ed. 2016

72) Zaragoza C, Márquez S, Saura M. Endothelial mechanosensors of shear stress as regulators of atherogenesis. Curr Opin Lipidol. 2012;23(5):446-52.

73) Sánchez C, Peiró C, Rodríguez-Mañas L. Disfunción endotelial asociada al envejecimiento vascular humano. Clin Invest Arterioscler. 2011;23(3):135-9.

74) García D, García R, García J, Concepción A, Peix A. Diagnóstico preclínico de la aterosclerosis: función endotelial. Rev Cubana Med. 2003;42(1):58-63.

75) Morales S, Díaz T, Cumbajin MR, Torres ÁF, Analuiza EF. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd. 2016;35(4).

76) Morales S, Velasco IM, Lorenzo A, Torres ÁF, Enríquez NR. Actividades físico-recreativas para disminuir la obesidad en mujeres entre los 35-50 años de edad. Rev Cubana Invest Bioméd. 2016;35(4).

77) Rodríguez AR. La Actividad Física y el Deporte: una sociedad saludable para el futuro. Lecturas: educación física y deportes. 2014 marzo;18(2014):1-5.

78) Poredos P, Jezovnik MK. Testing endothelial function and its clinical relevance. J Atheroscler Thromb. 2013;20(1):1-8.

79) Ortega-González C, Aguilera-Pérez JR, Arce-Sánchez L, Barquera-Cervera S y col. Consenso de diagnóstico y tratamiento de la obesidad en la mujer en edad reproductiva y en el climaterio. Ginecol Obstet Mex 2015;83:363-391.

80) Menopausia. 2016. [citado 22 Dic 2016].

Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/02/23/ciencia/1456233119_846096.html

81) Sánchez-Zamora R, Vera-Gaspar D, Álvarez-Goris M del P, Rojas-Sánchez TMR, Peña-Jiménez AE. Corre-lación histocitológica y colposcópica en pacientes en transición a la menopausia. Ginecol Obstet Mex. 2016 feb;84(2):65-71.

82) Navarro D, Céspedes I, Díaz C. Estilos de vida y salud ósea en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2008 [citado 6 de marzo de 2019]; 19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

83) Louro Bernal I, Bayarre Veá H, Alvarez Lauzarique ME. Familial and health implications of the population aging for the universal health coverage. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2019 Mar 06] ; 41(Suppl 1).

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662015000500009&lng=e.

84) Medina R. Intergenerational Interactions and Alzheimer's Disease. In: Cinematic Representations of Alzheimer's Disease. Palgrave Macmillan, London. 2018. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1057/978-1-137-53371-5_3#citea

85) Destremau B. Population Aging in Cuba: Coping with Social Care Deficit. In: Vega W., Angel J., Gutiérrez Robledo L., Markides K. (eds) Contextualizing Health and Aging in the Americas. 2019. Springer, Cham. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-00584-9_15

86) González GonzálezJ, Rico GarcíaG, Izaguirre ZapateraAM, LarrinagaSA, Lor MartínM. Mujeres cuidadoras: intervención comunitaria en mujeres promotoras de salud rural. Med Gener Familia. 2016 [citado 22 feb 2018];5(2):41-44.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543316000037?via%3Dihub>

87) Castillo Valencia MC. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al climaterio en mujeres de 40 a 59 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, junio-julio 2016. [Tesis][Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2016.62p.

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5596/Castillo_vm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

88) Eduardo Rossi F, Diniz TA, Buonani C, Melo Neves L, de Souza Fortaleza AC, DestroChristofaro DG, et al. Physical activity level behavior according to the day of the week in postmenopausal women. Rev Andal Med Deporte. 2017 [citado 22 feb 2018]; 10(2):64-68. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888754616300181?via%3Dihub7>.

89) Peralta M, Sandoval Cuellar C, Cobo Mejía EA. Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con osteopenia y osteoporosis: revisión sistemática y metaanálisis. *Fisioterapia*. 2017[citado 22 feb 2018]; 39(2):83-92. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021156381630102X?via%3Dihub>

90) Plaza Carmona M, Martínez González L. Importancia del ejercicio físico en la salud ósea durante el crecimiento. *Rev Enferm Cyl*.2016 [citado 22 feb 2018]; 8(2):18-22. Disponible en:

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/154/153>

91) World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013;310(20):2191-4. Disponible en: <http://www.fecicla.org/archivos/articulos/DoH%202013%20ESP.pdf>

92) Oramas HL, Lugones BM, Massip NJ. Sobrecarga de género asociada al riesgo cardiovascular en mujeres de edad mediana supuestamente sanas del policlínico "Mártires del Corynthia" *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2017; 43 (3)

93) Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2017. Mortalidad por tumores malignos en el sexo femenino según localización y grupo de edad [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017[citado 20/08/2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf> [[Links](#)]

94) Kalantaridou SN, Naka KK, Papanikolaou E. Impaired endothelial function in young women with premature ovarian failure: normalization with hormone therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(8):3907-13.

95) Caniçali Primo C, Nunes Gonçalves LR, Pires Olympio PC. de A., Costa Leite F.M., Costa Amorim M.H.. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enferm. glob.* [Internet].

2012 Oct [citado 2019 Feb 27] ; 11(28): 52-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400005&lng=es.

96) Lopera-Valle JS, Parada-Pérez A M, Martínez-Sánchez L M, Jaramillo-Jaramillo L I, Rojas-Jiménez S. Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Dic 15] ; 32(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300010&lng=es.

97) Espitia De La Hoz, FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero, Rev.cienc.biomed. 2016; 7(1):25-33.

98) Herrera Páez Teresa Belkis, Martínez Chang Ysis M, Sarduy Nápoles Miguel, Rodríguez Martínez Leysi, Rodríguez Molina Manuel. Factores socioculturales y laborales asociados a la sintomatología del síndrome climatérico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Mar 06] ; 43(2): 1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200004&lng=es.

99) Muñoz Enciso, J. M., Rosales Aujang, E., Arias Ulloa, R. [Metabolic disorders in women during climacterium]. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 186-189.

100) Delgado-Peruyera L, Manzano-Ovies B R, Navarro-Despaigne D, Roque-Acosta M C. Caracterización de los trastornos menstruales y el sangrado posmenopáusico en mujeres de edad mediana. Pan Cuba Salud. 2010; 5: 37-45.

101) Pazo-Rodríguez, M., Bello-Viego, R. A. Alteraciones sexuales de la mujer en la etapa climatérica. Medicentro. 2011; 15: 165-167.

102) Monterrosa-Castro, A., Márquez-Vega, J., Arteta-Acosta, C. Calidad de vida y disfunción sexual en mujeres climatéricas residentes en una región del Caribe colombiano. Rev Cien Biomed. 2014; 5: 55-65.

- 103) Bisognin Priscila, Alves Camila Neumaier, Wilhelm Laís Antunes, Prates Lisie Alende, Scarton Juliane, Resse Lúcia Beatriz. El climaterio en la perspectiva de las mujeres. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Jul [citado 2019 Mar 07] ; 14(39): 155-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300008&lng=es.
- 104) Cid Alma, Méndez Rosemary, Sandoval Franco. *Investigación Fundamentos y Metodología*. 3ª ed. Lima: Pearson; 2015
- 105) Boursicot, K. A. Structured assessments of clinical competence. *Br J Hosp Med (Lond)* 2010; 71: 342-344.
- 106) De Angelis R, Coleman MP, Capocaccia R, et al. EURO CARE-5 Working Group. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE 5 - a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014;15(1):23-34. Citado en PubMed; PMID: 24314615. [[Links](#)]
- 107) World Health Organization. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 v1. IARC CancerBase No.11 [Internet]. Ginebra: WHO; 2012 [citado 23/09/2018]. Disponible en: <http://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/GLOBOCAN-2012-Estimated-Cancer-Incidence-Mortality-And-Prevalence-Worldwide-In-2012-V1.0-2012> [[Links](#)]
- 108) Allemani C, Weir HK, Coleman MP, et al. CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet.* 2015;385(9972):977-1010. Citado en PubMed; PMID: 25467588.
- 109) De Freitas R, Disconzi R, Martins E, et al. Prognostic factors and overall survival of breast cancer in the city of Goiania, Brazil: a population-based study. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(5):435-443. Citado en PubMed; PMID: 29019571. [[Links](#)]
- 110) Carneseca EC, Mauad EC, Araujo MA. The Hospital de Câncer de Barretos Registry: an analysis of cancer survival at a single institution in Brazil over a 10-year period. *BMC Res Notes.* 2013;6:141-51. Citado en PubMed; PMID: 23574710. [[Links](#)]

111) Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. World J Clin Oncol. 2014;5(3):465-77. Citado en PubMed; PMID: 25114860. [[Links](#)]

112) Freitas JR, Rodríguez DC, Corrêa RD, et al. Contribution of the Unified Health Care System to mammography screening in Brazil, 2013. Radiol Bras [Internet]. 2016 [citado 23/09/2018];49(5):305-10. Disponible en: Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v49n5/0100-3984-rb-49-05-0305.pdf> [[Links](#)]

113) Mariño membribes ER, Rivera Ledesma E, Padrón Olivares ME, García Ramos D, Ávalos González MM, Fornaris Hernández A. Factores de riesgo del cáncer de mama en un consultorio médico. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 Abr 3];34(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/390>

ANEXOS

Anexo 1.

Se confeccionó una encuesta con un total de ocho preguntas, todas hechas de manera cerrada y comprensible, con las variables antes numeradas.

ENCUESTA

Estimada mujer estamos realizando una Campaña por la prevención del cáncer de mama en el municipio donde Ud. radica, necesitamos de su cooperación para identificar y evaluar su conocimiento sobre el mismo, para ello hemos confeccionado el presente cuestionario, no tiene que dar su nombre, basta con su más sincera respuesta que nos será de gran ayuda. Muchas Gracias.

1. Marque con una X. ¿El cáncer de mama puede aparecer en una mujer luego de haber padecido de uno, en otro lugar de su cuerpo?

1.1. Sí ___ 1.2. No ___

2. ¿El cáncer puede transmitirse de familia en familia?

2.1. Sí ___ 2.2. No ___

3. Marque con una X de los factores siguientes el que usted considere de riesgo para el cáncer de mama.

3.1. Ver la menstruación antes de los 12 años ___

3.2. Menopausia después de los 55 años ___

3.3. Nunca haber parido ___

3.4. Primer embarazo después de los 35 años ___

3.5. Usar anticonceptivos hormonales o tratamiento hormonal sustitutivo ___

4. Marque con una X lo que usted considere de riesgo para el cáncer de mama.

4.1. Exposición a radiaciones ___

4.2 Alcoholismo ____

4.3 Tabaquismo ____

4.4. Traumas en la mama ____

5. Marque con una X los alimentos que usted considere se asocian al cáncer de mama.

5.1. Dietas ricas en grasas ____

5.2. Dietas con excesos de colesterol ____

5.3. Dietas ricas en carnes rojas ____

6. Cree usted importante que la mujer se realice el autoexamen de mama.

6.1. Sí ____ 6.2. No ____

7. ¿Usted se realiza el autoexamen de mama?

7.1. Sí ____ 7.2. No ____

8. ¿con qué frecuencia usted se realiza el autoexamen?

8.1 ____ Mensual.

8.2 ____ Después de la menstruación.

8.3 ____ Cada tres meses.

8.4 ____ Una vez al año.

Se aplicó inicialmente la encuesta la cual fue realizada en los consultorios del médico de la familia, donde se exploraron los conocimientos, las actitudes y experiencias o vivencias en aspectos relacionados con el cáncer de mama, enfatizando en aquellos elementos que resultaron deficientes en este primer contacto con el grupo de estudio.

Diagnóstico inicial sobre nivel de conocimiento:

- Excelente: aquellos que contestaron bien más del 80 % las preguntas realizadas.
- Adecuado: aquellos que contestaron bien del 50 % al 80 % de las preguntas realizadas
- Inadecuado: aquellos que contestaron bien menos del 50 % de las preguntas realizadas.

Con posterioridad, se realizó un monitoreo valorando los indicadores del proceso en cada actividad. Esta capacitación se llevó a cabo mientras perduró la investigación y al finalizar el mismo se aplicó de nuevo la encuesta en iguales condiciones que la anterior. Para medir la efectividad y parte del impacto que pudo tener a corto plazo se realizó una serie de evaluaciones cualitativas a las mujeres en etapa de climaterio durante los talleres y las actividades realizadas. Posteriormente se cuantificó de acuerdo a la variación que alcanzaron sus reflexiones a través de una escala final y al igual que el nivel de conocimiento se dividió en:

No incremento del conocimiento: no existió incremento cuantificable.

Incremento inadecuado: hasta 30-49 % de incremento del conocimiento.

Incremento adecuado: del 50-69 % de incremento del conocimiento.

Incremento excelente: más de un 70 % de incremento del conocimiento.

Anexo 2. Estrategia educativa

Título: Aprendiendo a proteger mis mamas.

Objetivo: Modificar el conocimiento de las féminas en cuanto a los factores de riesgos y autoexamen de mama que permitan disminuir la mortalidad por esta oncopatía.

Dirigido a: Mujeres entre 40 y 60 años.

Duración: Cuatro semanas.

Primer encuentro:

Tema: Generalidades sobre cáncer mamario.

Objetivo: Caracterizar a la neoplasia.

Desarrollo: Se usará la técnica de torbellino de ideas, dándose la consigna de emitir el mayor número posible de ideas. Luego se discutirán cada una de ellas, y se seleccionarán las acertadas y se reafirmarán por la autora, evitando no desmentir las ideas eliminadas.

Segundo encuentro:

Tema: Factores de riesgo

Objetivo: Describir los factores de riesgos que pueden influir en la aparición del cáncer de mama.

Desarrollo: Se realizará un breve recordatorio del tema anterior. Se aplicará la técnica de análisis socio drama, para ello se escogerá la historia de una paciente, se presentará por una participante utilizando diferentes argumentos y hechos relacionados con el tema, lo que permitirá una discusión amplia del problema.

Tercer encuentro:

Tema: Autoexamen de mama, importancia, frecuencia y técnica.

Objetivos: Demostrar cómo realizar el autoexamen de mama y la importancia y frecuencia de su realización.

Desarrollo: Se realizará con un recordatorio del tema de la sección anterior. Se impartirá una conferencia de 30 minutos de duración y luego se mostrará un material audiovisual sobre el tema.

Cuarto Encuentro:

Tema: Recapitulación de los temas, tratados y valoración del proceso educativo.

Objetivos: Comprobar los conocimientos.

Desarrollo: Se realizará una breve recapitulación de los temas tratados en los encuentros anteriores mediante la técnica de evaluación. Se dividirá a los participantes en dos grupos, a los que se le hicieron preguntas de los temas abordados en las sesiones anteriores, evaluando de forma cruzada a ambos grupos.

Las respuestas serán evaluadas y ampliadas por la autora.

Anexo 3. Cuestionario realizado a los expertos consultados sobre la experiencia en climaterio y cáncer de mama

1. Datos Personales.

Nombre Apellidos:

Centro de trabajo actual:

Calificación profesional:

Master Doctor/a

Categoría Docente:

Años de experiencia en la profesión:

2. Marque con una cruz (x), en la casilla que le corresponda al grado de conocimientos que usted posee acerca del tema de investigación que desarrollamos, valorándolo en una escala de 0 a 10 (considerando 0 como no tener absolutamente ningún conocimiento y 10 el de pleno conocimiento de la problemática tratada).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Auto valore el grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación, ha tenido en su conocimiento y criterios sobre el tema de la presente investigación.

FUENTES DE ARGUMENTACIÓN

Grado de influencia de cada fuente

Alto medio bajo

Análisis teóricos realizados por usted.

Su experiencia obtenida de su actividad práctica.

Estudio de trabajos sobre el tema, de autores nacionales y extranjeros.

Su propio conocimiento acerca del estado del problema en Cuba y en el extranjero.

Su intuición sobre el tema abordado.

4. A continuación le pedimos su opinión respecto a si está usted de acuerdo con los ítems que conforman la encuesta que se presentara a los participantes en esta investigación

Tenga en cuenta que este cuestionario es un instrumento para conocer y analizar el grado de conocimientos de factores de riesgo y necesidad de autoexamen de mama en el climaterio. Para ello solo deberá marcar con una cruz (x) en la columna que considere, para cada uno de los ítems.

CUESTIONARIO (Validación para conocer el conocimiento sobre climaterio y cáncer de mama)

1. ¿Conoce acerca de cáncer de mama en mujeres en etapa de climaterio?

si no

2. Posee conocimientos sobre el estado del arte en este tema en Cuba

si, actualmente no, nunca si, alguna vez

3. Posee conocimientos sobre el estado del arte en este tema en el extranjero

si, actualmente no, nunca si, alguna vez

4. ¿Ha publicado alguna vez este sobre el tema?

si, actualmente no, nunca si, alguna vez

4. ¿Ha impartido cursos relacionado con el tema?

si no

4. ¿Con qué frecuencia?

Anual

Semestral

Nunca

5. ¿Es usted miembro de sociedades científicas relacionadas con el tema?

si no ¿Cuál?

6. ¿Ha tenido alguna experiencia sobre el efecto de estrategias educativas en poblaciones con características similares?

si no ¿Cuál?

NOTA: Si desea hacer alguna observación sobre cualquiera de los ítems planteados, o proponer uno nuevo, puede hacerlo a continuación.

Anexo 4. Consentimiento informado

Yo: _____.

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación con previa explicación recibida por la responsable de la misma.

Me fue explicado que:

En mi condición de mujer necesito información sobre síndrome climatérico en general.

Como consecuencia de mi desconocimiento sobre el tema puedo incurrir en actitudes negativas a mi salud.

Durante la investigación se me aplicarán encuestas para conocer los aspectos y síntomas relacionados con el síndrome climatérico y cáncer de mama que los datos aportados en las mismas se deben ajustar a la realidad para no falsear los resultados del estudio.

Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales aportados a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.

Se me ha explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y medios a utilizar en la misma.

Mi consentimiento de participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá implicación en mi relación con el personal de salud, los que me seguirán atendiendo según las normas de conductas habituales en nuestra sociedad y sus instituciones.

Puedo retirarme en cualquier momento de la investigación sin que sea necesario explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud.

Y para que así conste y por libre voluntad, firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del año _____

Firma Paciente: _____ Firma Investigadora _____

Testigo: _____