



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA MATERNO INFANTIL

**MOTIVO INFLUYENTE EN LA NO REALIZACIÓN
DEL AUTOEXÁMEN
DE MAMA EN MUJERES DE 18 – 45 AÑOS,
EN UN CENTRO DE SALUD DEL M.S.P
DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO
EN JULIO DE 2007**

AUTORES:

Br. Hermida, Sofía
Br. Martínez, Lujan
Br. Montero, Neusa
Br. Nieves, Anderson
Br. Olivera, Fernanda

TUTORES:

Prof. Adj. Lic. Enf. Tessa, Rosana

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2007

La cinta rosada.

Un señor de alrededor de 50 años entro discretamente a un café y se sentó a una mesa desocupada.

Antes de hacer su pedido, se percató de un grupo de hombres más jóvenes sentados en una mesa cercana. Se estaban riendo.

Y le resultó obvio que se estaban riendo y burlando de él. No tardó demasiado en recordar que llevaba puesto un pequeño lazo rosado colocado sobre la solapa de su chaqueta y que éste era el motivo de las risas. Al principio los ignoró, pero las risas comenzaban a irritarlo.

Miró a uno de ellos, señaló su lazo y le preguntó:

"¿Esto te causa gracia?"

Con eso, los hombres se miraron entre sí desconcertados.

Aún tratando de contener la risa, uno de ellos le contestó:

"No lo tomes a mal, sólo comentábamos lo lindo que te queda el moño rosado con ese saco azul."

Con un gesto amistoso, el señor invitó al bromista a sentarse a su mesa. Incómodo como estaba, el joven aceptó, sin saber bien para qué.

Con voz muy calmada, el señor le explicó:

"Llevo puesto este lazo rosado para alertar a todos sobre el cáncer de mamas.

Lo llevo puesto en honor a mi madre"

"Señor, perdone usted. ¿Su madre murió de cáncer de mamas?"

"No, no está muerta. Felizmente está viva y muy bien de salud. Pero fueron sus senos los que me alimentaron cuando era un bebé. Y en sus senos fue donde descansé mi cabeza cuando estaba atemorizando o triste cuando era un niño pequeño. Estoy muy agradecido por los senos de mi madre por la salud de la que goza hoy.

"Hummmmm", contestó el joven, "¡claro!"

"También llevo puesto este lazo rosado en honor a mi esposa", siguió el señor.

"¿Ella también está bien?" preguntó el muchacho.

"Oh, sí. Ella está perfecta. Y con sus senos alimentó y nutrió a nuestra hermosa hija hace 23 años. Estoy muy agradecido por los senos de mi esposa y por su salud."

"Entiendo. Así que supongo que también lo llevas puesto en honor a tu hija."

"No, ya no puedo llevarlo puesto en honor a mi hija, para eso es tarde. Ella falleció de cáncer de mamas hace un mes. Ella creyó que era demasiado joven para tener cáncer de mamas. Así que, cuando casualmente se notó un bulto, lo ignoró. Ella pensó que como no le causaba dolor, no había nada de qué preocuparse."

Ahora abatido y avergonzado, el joven le dijo,

"Oh señor, cuánto lo siento....."

"Por eso, en memoria de mi hija, también llevo puesto este pequeño lazo rosado, porque me permite otorgarle a otros una oportunidad que yo ya no tengo. Así que ahora, anda y conversa con tu esposa, tu hija, tu madre y tu hermana, así como también con tus amigos."

"Y toma..." El señor metió su mano en el bolsillo y sacó otro pequeño lazo rosado y se lo entregó al hombre joven.

El muchacho miró el lazo que le fue entregado y levantando su cabeza le preguntó al señor:

"¿Me ayuda a ponérmelo.....?"

La muerte está tan segura de vencernos, que nos da toda una vida de ventaja...

Autor Anónimo.



Índice.

	Página
Agradecimientos.....	2
Palabras abreviadas.....	3
Introducción.....	4
Problema.....	5
Fundamentación.....	6
Marco conceptual:	
⊕ Definición de APS.....	8
⊕ Funciones de A.P.S.....	9
⊕ Generalidades anatómicas y fisiológicas de la mama.....	11
⊕ Cáncer de mama.....	12
⊕ Prevención, screening y detección.....	15
⊕ Antecedentes a nivel internacional.....	16
⊕ Antecedentes a nivel nacional.....	18
⊕ Autoexamen de mama.....	19
⊕ Técnica de autoexamen de mama.....	20
⊕ Implicaciones psicosociales de las enfermedades mamarias....	22
Diseño metodológico.....	23
Variables.....	24
Tabulación y Gráficas.....	28
Análisis e interpretación de los datos.....	34
Conclusiones.....	36
Sugerencias.....	37
Bibliografía.....	38
Anexos:	
Anexo 1 Entrevista al Director de P.C.M. Dr. G. Krygier	41
Anexo 2 Protocolo.....	45
Anexo 3 Carta al Centro de Salud.....	56
Anexo 4 Instructivo para el entrevistador.....	58
Anexo 5 Cuestionario.....	61
Anexo 6 Prueba piloto.....	64
Anexo 7 Folleto.....	66
Anexo 8 Gráfica.....	68
Anexo 9 Cronograma de Gant.....	71

Agradecimientos.

Queremos hacer llegar nuestra gratitud a la Licenciada de Enfermería Rosana Tessa por orientarnos en esta experiencia y su apoyo constante en el transcurso de la investigación.

Consideramos necesario el agradecimiento a la Dra. Rosa Espina por el asesoramiento a la hora del trabajo estadístico.

Deseamos dar un especial reconocimiento a las autoridades del Centro de Salud por abrir las puertas a nuestra investigación y el entusiasmo demostrado para conocer los resultados del mismo, también a las participantes por su disponibilidad para formar parte del trabajo realizado.

A todos los que de una u otra forma colaboraron con nosotros brindándonos su apoyo, información, estímulo ya que sin su aporte no hubiéramos podido llevar adelante nuestro estudio.

Cerrando así el camino que transitamos a lo largo de estos años en la Universidad de la República, y que a partir de hoy empezamos a devolver a la sociedad, tratando de brindar una atención en salud que trascienda las acciones puramente tradicionales de salud, y que por consiguiente influya en todos los factores y aspectos que condicionan el nivel de vida y por tanto el desarrollo humano.

A nuestros familiares, amigos, compañeros incondicionales, por estar acompañarnos, instarnos a seguir.

Gracias.

Siglas y palabras abreviadas.

Adj: Adjunta.
AEM: Autoexamen de mama.
Antec: Fliares Antecedentes Familiares
Antec: Pers. Antecedentes Personales
DIBA.: Departamento Dirección Programa Básico.
Ed: Edición.
Ej: Ejemplo.
Enf.: Enfermería
FA.: Frecuencia absoluta.
FR.: Frecuencia relativa.
Lic.: Licenciada.
Mdeo: Montevideo
M.S.P.: Ministerio de Salud Pública.
O.M.S.: Organización Mundial de la Salud.
O.P.S.: Organización Panamericana de la Salud.
P.C.M.: Programa Cáncer Mamario
Prof.: Profesor.
PRONACAM: Programa Nacional de Cáncer de Mama.
PRONACAN: Programa Nacional de Cáncer.
RRFF: Recursos financieros.
RRHH: Recursos humanos.
RRMM: Recursos materiales.
TV: Televisión.
U.R.S.S.: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

Introducción

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, pertenecientes a la Facultad de Enfermería cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, 4º ciclo, 1er módulo.

Los motivos por lo que se ha decidido llevar a cabo este estudio son la importancia del tema para la disciplina y el interés de los estudiantes por el mismo.

En el mismo se pretendió identificar los motivos que influyen en la no realización del autoexamen de mama como método en la detección oportuna del cáncer de mama.

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, cuyo universo lo conforman todas las mujeres entre 18 a 45 años que no se realicen el AEM mensual, que concurren al centro de salud y fueron abordadas en la sala de espera y que aceptaron participar en el estudio.

La técnica utilizada fue la entrevista estructurada para la cual el grupo de trabajo diseñó un instrumento que consistió en un cuestionario con preguntas de respuestas múltiples, dicotómicas y cerradas y una pregunta abierta.

La recolección de los datos se realizó en el período comprendido entre el 9-13 de julio del corriente año.

Las variables seleccionadas para dicha investigación fueron: edad, estado civil, nivel de instrucción, frecuencia de consulta ginecológica, conocimiento del AEM, sabe realizar la técnica, importancia del AEM, fuente de información, factores de riesgo, lactancia materna, tiempo de lactancia, apoyo de la pareja en el cuidado de su salud y motivos influyentes para la no realización del AEM.

La realización del presente trabajo de investigación permitió cumplir con el objetivo propuesto conociendo los motivos que influyen en la no realización del autoexamen de mama, en el mismo, se evidenció la carencia de información y el desconocimiento que presentan las mujeres entrevistadas con respecto al autoexamen.

Problema.

¿Cuáles son los motivos que influyen en la no realización mensual del auto examen de mama , en mujeres de 18 a 45 años, que concurren a un Centro de Salud del M.S.P. de Montevideo en el período comprendido del 9 al 13 de julio de 2007 en el horario de 08:00 a 12:00 hs.

Objetivos.

Objetivo general:

Conocer los motivos que influyen en la no realización mensual del auto examen de mama en mujeres entre 18 y 45 años.

Objetivos específicos:

Caracterización de la población según las variables.

Identificar los motivos que influyen en la no realización mensual del auto examen de mama.

Analizar las variables establecidas.

Fundamentación.

La temática central de nuestra investigación es Mujeres y el Autocuidado, dentro de este gran tema, nos enfocaremos al Auto examen de mama, más específicamente a conocer el motivo de la no realización del mismo.

El cáncer es un problema creciente. Se estima para el año 2020, 20 millones de casos nuevos de los cuales 14 millones en los países en vías de desarrollo.⁽¹⁾

La mortalidad por cáncer en Uruguay constituye entre un 20% y un 25% fluctuando anualmente pero está entre 1/5 y 1/4 del total de muertes que se producen al año de manera que esto representa 7500 muertes por año.⁽²⁾

El cáncer de mama es una de las preocupaciones principales de Salud de la población en el mundo; es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad entre los 35 y 54 años de edad. Su incidencia mundial está aumentando por razones que no se han determinado.⁽³⁾

En nuestro país los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en la población femenina, siendo el cáncer de mama en primer lugar como causa de muerte.

Nuestro País ocupa el 1er lugar en Latinoamérica por cáncer de mama y el 6to en el mundo.⁽⁴⁾

Las tasas de mortalidad en el periodo 1994-1998 fueron 3162 fallecidos por cáncer de mama de la cual 1764 corresponden a Montevideo siendo un 55,78% y 1398 del interior correspondiendo a un 44,22%.

Mientras que en el quinquenio 1999-2003 las tasas de mortalidad por cáncer de mama en Uruguay fue un total de 3140 de las cuales 1631 corresponde a Montevideo siendo un 51,9%, y 1509 al interior siendo un 48,1 %.⁽⁵⁾

En Uruguay el cáncer de mama constituye un serio problema sanitario y fue declarado como un problema prioritario de salud por el Ministerio de Salud Pública en 1990 motivando la implementación del PRONACAM; actualmente el Director es el Dr. Gabriel Krygier. (Ver Anexo N° 1)

En 1991 se pone en práctica el Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM) cuyo objetivo central es la disminución de la mortalidad por cáncer de mama y como objetivo secundario un aumento del porcentaje de las cirugías conservadoras.⁽⁶⁾

Este programa surge a partir de la alarmante tendencia creciente de mortalidad por cáncer de mama que duplicó sus cifras en 30 años, en una población demográficamente casi estable. En 1960 fallecieron por su causa 300 mujeres y en 1990 casi 600; es decir que aumentó un 100% en tres décadas.

Las medidas posibles para mejorar el control de esta enfermedad, es la prevención secundaria, mediante la detección precoz y optimización de su tratamiento, lo que presenta la potencialidad de lograr una rápida reducción de su mortalidad es la detección precoz. Lo cual redundará en beneficio no solo de la mujer sino también del sistema sanitario.

Las prácticas del auto examen de mama mensual, mamografía bilateral, examen mamario preventivo, se complementan siendo necesarias para arribar al diagnóstico.

⁽¹⁾ Musé I. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer (conferencia en línea) Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

⁽²⁾ Barrios E. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer (conferencia en línea) Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

⁽³⁾ Otto S. Enfermería oncológica 3ª ed. Barcelona: Ed. Océano; 2003. V 1

⁽⁴⁾ Musé I. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer (conferencia en línea) Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

⁽⁵⁾ Vassallo J. A. III atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay. Montevideo: Imprenta Rojo; 2005

⁽⁶⁾ Carámbula J. Cáncer de mama: 40% en riesgo [en línea] Disponible en <http://colon.com.uy> (Fecha de Acceso Mayo 2007)

Según un estudio realizado en Brasil sobre la frecuencia de realización del auto examen de mama y la detección de nódulos en mujeres sometidas a mamografía se concluyó que existe una asociación entre la realización mensual de auto examen de mama y una mayor sensibilidad en la detección de nódulos palpables.⁽⁷⁾

El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo como son: los antecedentes personales de tumores de mama, los antecedentes familiares, menarca precoz, nuliparidad o paridad tardía, obesidad androide, consumo de alcohol y si recibió hormonas. La incorporación de intervenciones preventivas en la práctica del equipo de salud, son elementos clave para la disminución de los índices de morbilidad, ya que es un problema que también influye en los aspectos psicológicos y la percepción de la sexualidad de la mujer y de su propia imagen personal.

La búsqueda constante de instancias de prevención y detección precoz es una de las actividades de la Lic. de Enf. dentro de la Asistencia, Docencia e Investigación, tomando como guía la Teoría del Autocuidado de Orem, conociendo los motivos por los que las mujeres no se realizan el Autoexamen de mama, se podría reforzar y trabajar aquellos aspectos que influyen en esto, brindando información con fundamentos científicos, teniendo en cuenta creencias, fantasías, mitos, temores que el tema genera, para que así puedan incorporar esta práctica de detección precoz.

Se tomó como referencia para realizar la investigación el Centro de Salud, ubicado en Capitán Tula 4145 entre las calles Dr. S. Rodríguez y José Belloni en la ciudad de Montevideo.

Dicho Centro de Salud es dependiente de MSP, división General de Salud ASSF, cuenta con cuatro policlínicas que son dependientes del mismo, perteneciendo a la zona de influencia, brinda un primer nivel de atención que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la Atención de la Salud de la población asistida.

La población total estimada en la zona de referencia es de 67533 según último censo realizado en 1996, predominando el sexo femenino con un 50,6% y un 49,4% sexo masculino. Siendo el segundo centro de salud con mayor población luego del Cerro.

Cuenta con los servicios de Medicina General, Pediatría, Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Salud Mental, Ginecología, Odontología, Asistente Social, etc.

Dentro de los criterios que se tomaron en cuenta para realizar esta investigación, no solo el problema sanitario que constituye esta enfermedad, sino que también la relación de género que significa y el papel principal que ocupa la mujer en la dinámica familiar, en la sociedad y en la economía de un País.

Consideramos que esta investigación es Viable ya que los investigadores poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma y la guía metodológica de la docente tutora a cargo. Es importante destacar la Factibilidad económica ya que disponemos de los recursos materiales y humanos necesarios, en lo referente a factibilidad sociocultural, se trabaja dentro del área de la salud sin afectar los valores y creencias de la población a abordar.

⁽⁷⁾ Borba Á. ginecología obstetricia [en línea] disponible en: www.bvs.ginecologia.org.uy (fecha de acceso mayo 2007)

Marco conceptual.

La salud es considerada como un importante valor individual y colectivo por todas las sociedades, junto a valores tan apreciados por la población, como la justicia, la libertad y la educación, a pesar de esto, el hombre se ha ocupado más de la enfermedad, que de la salud, es decir de actividades destinadas a curar a los enfermos, que de cuidar y proteger a los sanos; a investigar las causas y factores que producen las enfermedades, más que analizar los factores que condicionan y mejoran los niveles de salud.

El 26 de junio de 1945 representantes de 51 naciones firman la Carta de las Naciones Unidas. En 1946 se realiza la Conferencia Internacional sobre Salud en la ciudad de Nueva York, 61 naciones firman el Acta de la Organización Mundial de la Salud (OMS); comienza: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia".

Por primera vez se definió la salud en términos afirmativos o positivos, se integran las áreas mentales y sociales como componentes de la salud apuntando a la multidimensionalidad de la salud, ésta es la definición más difundida y conocida.

La OMS formuló como objetivo para el 2000: "que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde vive".⁽⁶⁾

En el año 1978 se desarrolló la conferencia Mundial de la Salud, en la ciudad de Alma-Ata, en la ex URSS. En la misma los países miembros de la OMS elaboraron la siguiente declaración: "La *atención primaria en salud* es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y de auto determinación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". Algunos de los puntos que se abordaron en esta conferencia son:

- Que la salud; es un derecho fundamental y responsabilidad de los gobiernos el cuidado de la misma, a la vez requiere la participación y el autocuidado de la comunidad.
- La atención primaria de la salud debe cumplir con ciertas características conceptuales como son:

Integral: al considerar al ser humano en todas sus dimensiones: biológicas, psicológicas y sociales, sin perder de vista el medio ambiente en el que vive el mismo.

Continua: prestar atención durante toda la vida del individuo.

Activa: implica la búsqueda y la investigación diligente de las necesidades de salud de la población.

Accesible: adecuada desde el punto de vista físico, como organizativo, que permiten al usuario acceder fácil y rápidamente a los servicios de salud.

Equipos multidisciplinarios: que posibiliten una visión mas rica y eficaz para la solución de los problemas de salud de la comunidad y del individuo.

Comunitaria y participativa: puesto que el individuo es responsable de su salud y de la comunidad, y por tanto debe tomar parte activa en todos los diseños y planes de intervención comunitaria que se realicen.

⁽⁶⁾ Citado por: Monge A, Gabrielzyk T. El hombre en el proceso salud-enfermedad; Año....

Programada y evaluable: una atención en la que se utilice la programación de salud como metodología básica y en la que se evalúen tanto los resultados de las intervenciones sanitarias como su costo, su eficacia y efectividad o la praxis de los diferentes grupos profesionales.

Docente e investigadora: para profundizar y desarrollar los conocimientos propios y específicos de este nivel de atención. La docencia y la investigación, forman parte del conjunto de actividades que han de desarrollar los equipos de atención primaria en salud.

Funciones de la Atención Primaria en Salud:

- ⊕ **Promoción de la salud:** pretende el mantenimiento del grado de salud de la población, a la vez que promulga los hábitos saludables y la salud como uno de los principales elementos del bienestar humano. La educación sanitaria, tanto individual como colectiva, constituye uno de los principales instrumentos de la promoción de salud.

En 1986, como respuesta a las crecientes expectativas creadas en torno a un nuevo movimiento para la salud pública y comunitaria, se realizó en la ciudad de Ottawa (Canadá) la primera conferencia internacional para la promoción de la salud, en la cual se elaboró una carta para conseguir la meta de salud para todos en el año 2000.

En la misma se definió la promoción de la salud como “el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarlo”.

Proponiéndose aquí cinco campos de acción para el desarrollo de la promoción de la salud:

- Establecer una política saludable.
- Crear ambientes favorables.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar los servicios sanitarios.

- ⊕ **Prevención de la enfermedad:** las actividades de promoción y prevención son complementarias, las de promoción tienen carácter general e inespecífico mientras que las de prevención están dirigidas selectivamente a evitar aspectos concretos (Ej. inmunización).

Niveles de prevención: Clásicamente se han distinguido tres niveles de prevención en relación con la historia natural de las enfermedades, prevención primaria, secundaria y terciaria.

- **Prevención Primaria:** Consiste en evitar la influencia de los agentes patógenos sobre el organismo, mediante la eliminación o el control de su aparición en el medio (ej. Inmunizaciones).
- **Prevención Secundaria:** Se basa en la detección de las enfermedades o los factores de riesgo en estados precoces del proceso en los que es posible intervenir para mejorar el pronóstico [identificado con el screening, se basa en la detección de signos objetivos de lesión o enfermedad mediante pruebas sencillas, de bajo costo y fácilmente aceptables para la población. Tras el screening deben realizarse pruebas necesarias para confirmar o detectar el diagnóstico (ej. detección de carcinoma mamario mediante la técnica de mamografía)]. Las pruebas de Screening consisten en la aplicación de un test a personas aparentemente sanas (sin síntomas de la enfermedad que pretendemos descubrir).
- **Prevención Terciaria:** Es la aplicación de medidas terapéuticas, higiénicas o dietéticas dirigidas a disminuir o atenuar la gravedad y las complicaciones de una enfermedad que ya se ha manifestado clínicamente (ej. Educación sanitaria de los pacientes diabéticos para mejorar su grado de control).

- ⊕ **Tratamiento de los problemas de salud:** es sin duda la función que tradicionalmente más se ha desarrollado por parte de los sistemas sanitarios.
- ⊕ **Rehabilitación:** implica la readaptación al régimen de vida habitual por parte de los individuos cuya salud esté deteriorada. Rehabilitación entendida a la superación de secuelas físicas, la aceptación de la enfermedad y sus consecuencias físicas, síquicas, agudas o crónicas.

En todas estas etapas debe estar el profesional de enfermería; que se la ha definido desde muchas ópticas, interacción humana, como transformadores, como disciplina práctica. Según Dorothea Orem "La Enfermería es un servicio de ayuda que se presta cuando las personas no son capaces de cuidarse por sí mismas, para mantener la vida, la salud y el bienestar".

En lo que refiere al concepto de Autocuidado, sostiene que el mismo es el acto propio del individuo que sigue un patrón o una habilidad adquirida, compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo, contribuyendo así a la integridad estructural, al mantenimiento y al desarrollo del ser humano. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que puede orientarse hacia el entorno.

En función de este concepto, la autora establece un sistema de enfermería, aplicable en la medida que aparece un "déficit de autocuidado" (falla la relación entre demanda y acción de cuidados).

Dependiendo de quien es el que pueda o deba realizar las actividades de autocuidado, Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería:

- I. Un Sistema de Enfermería totalmente compensador, que se realiza para suplir una incapacidad del usuario.
- II. Un Sistema de Enfermería parcialmente compensador, en el cual tanto el usuario como la enfermera participan en los diferentes procedimientos terapéuticos.
- III. Un Sistema de Enfermería de apoyo educativo al paciente, en el cual el mismo es capaz de realizar y aprender a llevar a cabo las medidas para el autocuidado, guiando, ayudando, apoyando, y estimulando para desarrollar su propio cuidado.

Su teoría surge directamente de la práctica y de su relacionamiento con otros colegas y estudiantes.

Considerando que el problema a investigar es el motivo por el cual las mujeres entre 18 y 45 años no se realizan el auto examen de mama.

Entendemos por motivo: La causa que mueve a hacer una cosa; Investigar los motivos de una acción.⁽⁹⁾

Motivación como las necesidades, intereses, recuerdos u otros incentivos conscientes e inconscientes que inician, canalizan o mantienen un comportamiento particular.⁽¹⁰⁾

Y conocimiento como: Un proceso socio-histórico de la actividad creadora de los hombres, que forma su saber, sobre la base del cual surgen los fines y motivos de las acciones humanas.⁽¹¹⁾

⁽⁹⁾ García Pelayo y Gross Diccionario pequeño Larousse (Motivo) Ed. Larousse. 3ª ed. 1986 España

⁽¹⁰⁾ Mendizábal Diccionario de medicina y ciencias de la salud. (Motivación) Ed. Mosby/ Doyma libros. 2ª ed. 1995. Madrid

⁽¹¹⁾ Diccionario de filosofía (Conocimiento) 4ª ed. Moscu 1984; Ed. Progreso

Generalidades anatómicas y fisiológicas de la mama:

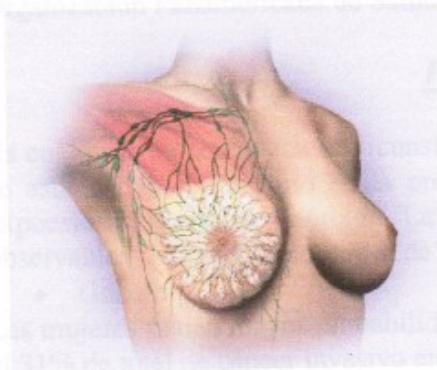
El conocimiento de la anatomía de la mama ayuda a comprender la clasificación del cáncer.

La mama es una glándula localizada en la pared torácica, la piel que le cubre contiene folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas.

El área pigmentada alrededor del pezón se conoce como areola, esta contiene glándulas sebáceas que secretan un lubricante durante la lactancia. Las bandas fibrosas llamadas ligamentos suspensorios de Cooper pasan desde la piel hacia los músculos subyacentes, a través de los tejidos glandulares y adiposos, sirviendo de sostén a la mama.

El tejido glandular esta constituido por 15 a 20 lóbulos dispuestos en un patrón radial, capaces de producir leche y que se conectan con los conductos que drenan el pezón. Existe un amplio abastecimiento linfático y vascular. El tejido de la mama se extiende hasta la clavícula, el esternón, el músculo dorsal ancho y hacia arriba dentro de la axila. Los ganglios linfáticos axilares drenan cerca del 60% de la linfa proveniente de la mama. Están distribuidos desde la región inferior de la axila, en el borde lateral del músculo pectoral menor (nivel I), hacia la parte media por detrás del pectoral menor (nivel II), y por encima del borde interno del pectoral menor (nivel III).

Los ganglios linfáticos localizados entre los músculos pectorales mayor y menor se conocen como ganglios de Rotter. El resto de la linfa se drena desde los ganglios internos de la mama.



La mama está constituida por glándulas, conductos, tejido graso y muscular. Estos dos últimos dan consistencia y volumen.

La mama contiene un número variable de lobulillos (entre 10 y 20) y otros tantos conductos excretores de leche que desembocan en el pezón. Estos lobulillos son los responsables de producir la leche materna.

• Edad

La incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría se diagnostica en mujeres mayores de 40 años, el 80% en mujeres de 50 años.

• Antecedentes personales

Un diagnóstico previo de cáncer de mama incrementa el riesgo de una mujer de producir un segundo tumor en la misma opección. Se ha demostrado que el riesgo es incluso mayor en quienes también poseen una historia familiar de cáncer de mama. Además, los antecedentes de cáncer, particularmente a melanoma, se asocian con un riesgo mayor de cáncer mamario.

• Antecedentes familiares y genéticos

Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama en una pariente de primer grado (madre, hermana o hija) tienen un riesgo de 2 a 7 veces el de la población general. El riesgo es aún mayor cuando se presentan dos o más.

La genética juega un papel importante en la etiología del cáncer de mama. Las características clínicas de un posible cáncer de mama hereditario incluyen el diagnóstico a una edad joven, aparición bilateral, varios familiares afectados, diagnóstico de una neoplasia y el desarrollo de cáncer en otros tejidos, como el colon, los ovarios, el páncreas y el estómago.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud en el mundo, es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad está entre los 35 y los 54 años de edad. Su incidencia mundial está aumentando por razones que aún no se han determinado.

En Uruguay, es la neoplasia más frecuente y mortal en la población femenina, ocupando el primer lugar en las Américas y sexto en el mundo, a raíz de lo cual en 1991 el Ministerio de Salud Pública implementó el Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM), tendiente a disminuir su mortalidad mediante la detección precoz en todo el país en base al examen clínico mamario, el autoexamen de mama y la mamografía, siendo la detección precoz no solo un beneficio para la mujer sino también del sistema sanitario de nuestro país.

Por lo cual la captación de la población femenina se realiza a través de los centros que expiden carné de salud que obligatoriamente deben tener vigente todas las estudiantes y trabajadoras del país para desarrollar su actividad, habiéndose logrado la inclusión obligatoria del examen mamario preventivo por médico entre los requisitos para otorgarlo (Decreto del Poder Ejecutivo N° 651/1990). Y mediante la habilitación de Centros Preventivos Mamarios en todos los servicios asistenciales del país, tanto del sector público dependientes del Ministerio de Salud Pública en cuyo caso la adhesión a PRONACAM es obligatoria, como privados de adhesión voluntaria. Dicho programa en Uruguay cuenta con el apoyo técnico y logístico de la Organización Panamericana de Salud (OPS).

Factores de Riesgo.

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con el aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso morbido. La importancia de los factores de riesgo radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

- **Género:**

Las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer cáncer de mama. Esta enfermedad ocasiona el 31% de total de cáncer invasivo en mujeres y menos del 1% en el hombre.

- **Edad:**

La incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría se diagnostica en mujeres mayores de 40 años, el 80% en mayores de 50 años.

- **Antecedentes personales:**

Un diagnóstico previo de cáncer de mama incrementa el riesgo de una mujer de padecer un segundo tumor en la mama opuesta. Se ha demostrado que el riesgo es incluso mayor en quienes también tienen una historia familiar de cáncer de mama. Además los antecedentes de cáncer, primero ovárico o endometrio se asocian con un riesgo mayor de cáncer mamario.

- **Antecedentes familiares y genética:**

Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mamas en una pariente de primer grado (madre, hermana o hija). El riesgo se incrementa 2 a 3 veces el de la población general. El riesgo es aún mayor cuando es pre-menopáusica y bilateral.

La genética puede llegar a ser un factor crítico. Las características clínicas de un posible cáncer de mama hereditario incluyen el diagnóstico a una edad precoz, aparición bilateral, varios familiares afectados durante 3 o más generaciones y el desarrollo de cáncer en otras localizaciones como el colon, los ovarios, útero y tiroides.

- **Menarquia precoz y menopausia tardía:**

Hay un mayor riesgo si la menarquia fue antes de los 12 años y la menopausia después de los 50 años. También hay riesgo de cáncer de mama a medida que el intervalo entre la menarquia y la menopausia se prolonga. Los ciclos ovulatorios regulares con exposición acumulativa a los estrógenos son el principal determinante de este riesgo, cuánto mayor sea el número de años de actividad menstrual (por ejemplo 40 años), mayor será el riesgo de cáncer de mama. La menopausia inducida por cirugía o por radiación (como la ooforectomía bilateral o la irradiación pélvica), si se realiza antes de los 35 años, disminuye el riesgo, cuanto más joven es la mujer es menor el riesgo, pero también es evidente en aquellas mujeres cuya cirugía se realizó entre los 40 y los 50 años.

- **Historia reproductiva:**

El riesgo de la nuliparidad equivaldría al de una mujer con su primera paridad a los 30 años. Sin embargo quienes tuvieron una concepción a una edad precoz tiene un efecto protector, es muy probable que este efecto protector se deba a cambios en el tejido mamario. O a las hormonas que lo hacen menos susceptibles a los tumores.

- **Antecedentes de enfermedades benigna de mama:**

Las mujeres que presentaron tumores de mama con cambios epiteliales proliferativos, corren el doble de riesgo; si sufrieron hiperplasia atípica, el riesgo es 4 veces mayor.

- **Nutrición y nivel socioeconómico:**

La obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer mamario en las mujeres posmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima necesaria para obtener estronas y estradiol a partir de sus precursores. En consecuencia los depósitos grasos corporales actuarán como reservorio de carcinógenos liposolubles, que oportunamente se liberarían en la sangre para llegar por esta vía al epitelio de los ductus mamarios.

La incidencia de cáncer de mama es mayor en los países industrializados con un nivel socioeconómico elevado y un incremento en el consumo de grasa lo que sugiere una correlación. En estudios que evalúan a las hijas de los inmigrantes del Japón (en donde la incidencia de cáncer de mama es baja, así como el consumo de grasas) que viven en California, se han demostrado tasas de cáncer de mama similares a las de las mujeres blancas estadounidenses. Sin embargo el nivel socio económico precario se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad debido a la enfermedad. Si se reduce el consumo de grasas y se incrementa los alimentos altos en fibras siendo un hábito dietético sano debido a que reduce el potencial de riesgo de cáncer, así como el riesgo de adquirir otras enfermedades como las cardíacas.

- **Exposición a la radiación:**

Las mujeres expuestas a radiación ionizantes para el tratamiento de tuberculosis o mastitis posparto, o en las sobrevivientes de las bombas atómicas en Hiroshima y Nagasaki elevaron el riesgo de cáncer de mama. La sensibilidad a los efectos de la radiación es mayor en los niños entre los 10 y 14 años y disminuye hacia los 40 años. La mamografía de dosis baja, disponible en la actualidad, aunada con su uso frecuente en las mujeres mayores de 40 años, hace casi insignificante el riesgo por exposición a la radiación.

- **Terapia de reemplazo de estrógeno:**

La mayoría de los estudios sugieren que el uso prolongado (10 años o más) de la terapia de reemplazo de estrógenos, después de la menopausia puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama. Esta terapia por otro lado reduce claramente el riesgo de sufrir ataques cardíacos y fracturas óseas. La decisión de utilizar la terapia de reemplazo de hormonas deben tomarla la mujer considerando los riesgos y beneficios, ya que son evidentes los beneficios de

la terapia para reducir el riesgo de ataque cardíaco o apoplejía, osteoporosis y la enfermedad de Alzheimer.

- **Obesidad de tipo “androide”:**

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial producto de una interacción entre el genotipo y medio ambiente, compromete la integración entre los aspectos social, de conducta, cultural, fisiológico, metabólico y genético. La obesidad androide es aquella donde la grasa predomina en la mitad superior de nuestro organismo, es típica masculina.⁽¹²⁾

La obesidad se asocia con un mayor riesgo de cáncer mamario en las mujeres posmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima necesaria para obtener estrona y estradiol a partir de sus precursores. En consecuencia, las mujeres obesas pueden tener niveles más altos de estrógenos circulantes que pueden afectar células cancerosas en la mama dependientes de las hormonas.⁽¹³⁾



- **Consumo de alcohol:**

Diversos estudios han demostrado un ligero incremento en el riesgo asociado con el consumo de alcohol. Aunque estos no son consistentes en cuanto a la cantidad y el tipo de alcohol correlacionados con dicho riesgo, la edad en la que la persona comienza a beber (antes de los 30 años), el volumen, la duración. Ingerir grandes cantidades de alcohol también puede relacionarse con una nutrición deficiente.

Factor Protector

Con respecto a la lactancia materna científicos británicos confirmaron que la lactancia disminuye el riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de mama.

“Mientras más tiempo una mujer amamante a su hijo, mayor es la protección contra el cáncer de mama.”

Estos investigadores afirman que si las mujeres amamantaran a cada uno de sus hijos por un tiempo adicional de seis meses podrían disminuir su riesgo a lo largo de la vida de desarrollar cáncer de mama de un 6,3% a un 6%, así como prevenir más de mil casos de la enfermedad anualmente solo en Gran Bretaña.⁽¹⁴⁾

⁽¹²⁾ Aznar C. Obesidad. [en línea] disponible en: <http://www.carlosaznar.com/obesidad.html> (fecha de acceso abril 2007)

⁽¹³⁾ Otto. S. Enfermería oncológica 3ª ed. Barcelona: Ed. Océano; 2003. V I

⁽¹⁴⁾ Reuters La lactancia disminuye el riesgo de cáncer [en línea] Disponible en: <http://www.quereceta.com> (Fecha de Acceso Agosto de 2007)

Prevención, screening y detección:

No se sabe que causa el cáncer de mama ni la forma de prevenirlo. Se trata de una enfermedad heterogénea, es decir, que tiene muchas características, cuyo potencial de desarrollo, crecimiento y metástasis varía de una mujer a otra. La epidemiología revela una influencia hormonal, en la cual el factor primario que promueve el desarrollo de células cancerosas en el transcurso de los años, está relacionado con el tiempo de exposición a los estrógenos con un nivel elevado.⁽¹³⁾

La detección precoz es la forma más importante para controlar el cáncer de mama. Investigaciones han demostrado que la supervivencia se relaciona directamente con el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

Las directrices de screening para las mujeres asintomáticas incorporan los siguientes tres métodos de detección precoz.

- El autoexamen de mama, debe realizarse todos los meses a partir de los 20 años.
- El examen clínico de mama debe ser realizado por un profesional de la salud cada tres años a las mujeres entre 20 y 40 años, y anualmente después de esa edad.
- Las mamografías deben comenzar a los 40 años de edad. El screening habitual con este procedimiento debe realizarse cada uno o dos años en las mujeres entre los 40 y 49 años, y anualmente a partir de los 50 años.

Es importante brindar información a las mujeres con factores de riesgos conocidos (como los antecedentes familiares) o sintomatología crónica; que consulte al médico sobre la frecuencia y la especificidad de los exámenes clínicos de mama y las mamografías adecuadas para su caso. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la enseñanza de estas directrices a todas las mujeres que pueden potencialmente salvar sus vidas. Para una mayor efectividad, en cada método de screening deben considerarse dos aspectos claves en el AEM: la frecuencia y la destreza (habilidad y minuciosidad).

⁽¹³⁾ Otto. S. Enfermería oncológica 3ª ed. Barcelona: Ed. Océano; 2003. VI

Antecedentes a nivel internacional.

La detección precoz es el método más importante para controlar el cáncer de mama, al realizar la revisión bibliográfica se encontraron antecedentes a nivel internacional que tratan el tema, como en Cuba, donde se realizó una valoración del conocimiento sobre el AEM en sectores de plan del médico de familia donde se estudiaron a 817 mujeres que corresponden al 20% del total de la población mayor de 15 años perteneciente a los consultorios del médico de la familia de la policlínica del municipio de Consolación del Sur, durante el período enero- mayo del 1987. El 90,45% de las encuestadas opina que el cáncer mamario es curable cuando se diagnostica tempranamente y el 79,68% considera que no existe relación entre el cáncer de mama y la lactancia materna, solamente el 22,4% conocía la técnica del AEM y de éstas sólo el 48,6% lo realizaba mensualmente. La vía de información más empleada fue la televisión. Se comprobó que existe una asociación entre las variables edad y nivel de conocimiento del AEM.⁽⁶⁹⁾

En Perú se realizó en el año 2002 un estudio piloto sobre actitudes preventivas sobre el cáncer de mama; el objetivo fue conocer las conductas preventivas para el cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en la ciudad de Sullana mediante técnicas de AEM y mamografía. Pacientes y métodos: se encuestaron a 100 mujeres mayores de 20 años en Sullana mediante randomización de tres grupos socioeconómicos a través de una encuesta y los resultados se analizaron Epi-Info mediante bioestadística básica descriptiva. Resultados: la mediana de la edad fue de 30-34 años, 58% tienen entre 2-5 hijos, 6% son nulíparas, el 16% de mujeres de 40 años alguna vez tuvo una mamografía y solo el 7 % de éstas mujeres se realizan una mamografía anual. El 57% nunca se realizó el AEM, el 43% conocen la técnica pero solo un 8% lo practica correctamente. Conclusiones: más de la mitad de la población encuestada nunca se realizó un AEM, y del 56% de mujeres que afirman conocer la utilidad de este examen solo el 8 % lo realiza correctamente, lo que nos indica una desinformación para detección temprana de cáncer de mama, además solo un 7% se realiza una mamografía anual probablemente por desconocimiento de la utilidad, por el costo o porque en Sullana no hay mamógrafo a pesar de tener 56500 mujeres en edad fértil. Se sugiere en el estudio la urgencia de campañas informativas sobre el tema además de ofertar mamografía a ésta población.⁽⁷⁰⁾

En la ciudad de Concepción, Chile se llevó a cabo un estudio donde se estableció que el AEM es el método con mejores posibilidades de ser implementado en Chile, proyectándose un estudio que tiene como objetivo conocer la realidad de la utilización de este método entre mujeres jóvenes de la ciudad de Concordia. Realizándose una encuesta en alumnas de tercer y cuarto grado de enseñanza media de tres diferentes colegios urbanos y sus madres (total: 2016 respuestas de jóvenes y 673 madres). El 24,9% de las estudiantes y el 66,6% de las madres se realizan AEM, aunque un 29% lo hace de forma regular. Entre las jóvenes no se observaron diferencias en la frecuencia de AEM entre los cursos ni entre colegios; mientras que entre las madres se observó una mayor frecuencia de AEM entre las mujeres con mayor nivel de educación y pertenecientes al colegio de mayor estándar socioeconómico. El mayor porcentaje de las mujeres reconocieron haber recibido instrucción profesional.⁽⁷¹⁾

⁽⁶⁹⁾ Hernández M^a Lourdes, Díaz Vicer valoración de conocimientos sobre el autoexamen mamario en sectores del plan del médico de la familia [en línea] Disponible en <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

⁽⁷⁰⁾ Villacres V K, Alarcón R A. Estudio piloto sobre actividades preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

⁽⁷¹⁾ Pacheco J, Muñoz C. Autoexamen de mama [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

En nuestra revisión bibliográfica encontramos que de los países de Latinoamérica es Brasil donde se han realizado mayor cantidad de estudios relacionados con el tema, uno de ellos consistió en identificar las actitudes de enfermería relacionando la práctica del AEM y la enseñanza del mismo. Utilizándose un cuestionario para obtener los datos de enfermería en dos hospitales generales en San Pablo (Brasil). Verificando que la enseñanza del AEM está vinculado a la atención de enfermería, donde las colegas son las principales fuentes de conocimientos en la realización del AEM.⁽¹⁰⁾

Otro estudio tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la práctica del AEM realizado por enfermeras docentes. Mediante una entrevista a 70 mujeres de las 85 profesionales seleccionadas en una institución pública en la ciudad de San Pablo. Los resultados o conclusiones: todos reconocen la importancia del AEM, mientras que el 20% de la población no lo realiza. Los factores que influyen en la realización del AEM son: conocimiento técnico sobre el cáncer de mama, voluntad en detectar posibles alteraciones precoces (80%), falta de habilidad para identificar alteraciones, miedo a descubrir alteraciones posiblemente sobre la influencia a sus creencias.⁽¹¹⁾

En la región de Valle Dos Sinos en el año 1997 se realizó un estudio transversal prospectivo del AEM en la detección de nódulos mamarios palpados en relación con su frecuencia.

Se llevó a cabo en 2672 mujeres que se realizaron mamografía en regiones de Valle Dos Sinos en período enero 1994 a julio 1997 preguntando mediante un cuestionario que daba a conocer la frecuencia del AEM. Se dividieron en dos grupos: Grupo I (mensualmente), Grupo II (casi nunca). Se preguntó si su médico había palpado alguna alteración mamaria. Se comparó la palpación del paciente con la realizada por el médico. La sensibilidad fue mayor en el grupo I comparado con el grupo II. Se concluyó que existe una asociación entre la realización mensual del AEM en una mayor sensibilidad en la detección de nódulos mamarios palpables.⁽¹²⁾

En Pedreira se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar las principales causas que llevan a las mujeres a no realizarse el auto-examen de mama. Método: fueron estudiadas 300 mujeres entre 20 y 40 años, matriculadas en la Unidad Básica de Salud de Pedreira (Brasil), entre agosto y octubre del año 2000. Los resultados fueron que 119 mujeres (39,67%) realizan el AEM, en cuanto que 181 mujeres no se realizan el AEM (60,33%); siendo los factores más frecuentes para no realizar el AEM: falta de interés el 33,7%, no saber hacerlo el 23,76% y desconocimiento sobre el asunto el 20,99%. Las conclusiones finales del estudio fueron que las causas principales de la no realización del AEM son la falta de interés, no saber hacerlo y desconocimiento del tema.⁽¹³⁾

En Cuba, se realizó una investigación cuya finalidad fue profundizar en el conocimiento de una población femenina sobre las técnicas para realizar el autoexamen mamario. Se realizó un estudio transversal, retrospectivo en un consultorio perteneciente al policlínico "Epifanio Rojas Gil" de Pinar del Río. Se encuestaron 100 mujeres en el período entre julio y diciembre del 2001. Se valoraron las vías de aprendizaje de estas técnicas y frecuencia con que la realizaban. También se valoraron los conocimientos sobre la naturaleza benigna o maligna de los nódulos mamarios y sobre la relación entre el cáncer de mama y la lactancia materna.

Los resultados se expresaron en porcentajes y demostraron que existe desconocimiento sobre el autoexamen de mama en el mayor número de las mujeres encuestadas, fundamentalmente en la

⁽¹⁰⁾ Bergamasco R. A enfermagem na prática e no ensino do auto-exame da mama. [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

⁽¹¹⁾ Yoshioa, Rojas, Souza. Auto-exame de mamas: identificação de alguns fatores que influenciam sua prática [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

⁽¹²⁾ Borba, Souza, Iazzaren, Deferrari. Frecuencia de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

⁽¹³⁾ Casaca A, Pino A, Neiva F, Costa J, Nascimento L. Causas da não realização do auto-exame das mamas [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

técnica correcta así como en el efecto protector de la lactancia materna contra el cáncer mamario.⁽²³⁾

Antecedentes a nivel nacional.

A nivel nacional no se encontró específicamente estudios sobre autoexamen de mama, los encontrados tratan sobre factores de riesgo para cáncer de mama y cuello de útero en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo en el año 1997.

El estudio se basa en el conocimiento de la distribución de los factores de riesgo para ambas enfermedades y la incorporación de intervenciones preventivas en la práctica del equipo de salud, son elementos claves para la disminución de los índices de morbimortalidad. Los objetivos de dicha investigación fueron conocer la distribución de los factores de riesgo, realizar estudios de detección de cáncer de mama y cuello uterino, conocer los antecedentes de estudios de tamizaje y detección precoz de carcinoma cervicouterino. Mediante una encuesta a 152 usuarias que concurren por primera vez a la consulta ginecológica. Se entrenó a las encuestadas en el AEM y se realizó un examen de mama.

Del estudio se detectó que los factores de riesgo más frecuentes son: menarca precoz (12,5%), antecedentes familiares (5,2%). El 69% de las encuestadas presentó al menos un factor de riesgo.⁽²⁴⁾

De estas investigaciones se desprende que las mujeres no conocen la importancia del AEM, por eso es necesario brindar una información precisa sobre el mismo.

⁽²³⁾ Hernández Isabel, Acanda M, Exploración sobre conocimientos sobre el autoexamen mamario [en línea] Disponible en <http://www.bireme/ops/oma> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

⁽²⁴⁾ Gómez B, Wilson Tellechea M, Estudio de factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de 3 policlínicas barriales de Montevideo 1997 [en línea] Disponible en <http://www.bireme/ops/oma> Fecha de Acceso Mayo 2007

Autoexamen de mama.

Pese a que el 75% de los nódulos de las mamas son benignos el 25% restante pueden poner en peligro la vida: por ello el autoexamen de mamas es de importancia fundamental ya que el cáncer es curable si es detectado a tiempo.

Con el auto-examen la mujer aprende a conocer la estructura normal de sus mamas y se capacita para descubrir cualquier anomalía futura que pudiera aparecer.

95% de los casos de cáncer de mama pueden ser curados, siempre y cuando la enfermedad sea detectada en estadios tempranos.

Sociedades médicas nacionales e internacionales recomiendan que se comience a realizar el autoexamen de mama a partir de los 18 años de edad.

Se ha demostrado que una de cada diez mujeres podría presentar cáncer de mama en algún momento de su vida, siendo más frecuente en edades comprendidas entre 40 y 65 años.

El AEM es gratuito, privado y relativamente sencillo, la mayoría de las masas palpables en la mama son descubiertas por la propia mujer. Es una práctica útil de atención en salud, y la técnica en esencia no tiene efectos adversos. Se debe enfatizar en la práctica mensual y así llegar a convertirse en un hábito para la mujer, es posible mejorar las tasas de cumplimiento, a través de la educación personalizada, repetida a intervalos frecuentes, recordatorios mensuales y el estímulo por parte de los profesionales de la salud.

Los estudios han demostrado que la enseñanza debe incluir información objetiva sobre los cambios normales en la mama, el cáncer mamario y la detección precoz, así como promover actitudes o valores positivos.

El AEM requiere habilidades motrices como coordinación de la palpación, el movimiento y la sensación. Es importante que las mujeres pudieran practicar en modelos de silicona y en ellas mismas, con retroalimentación durante la práctica; esto puede aumentar su confianza en la realización del autoexamen.

Técnica autoexamen de mama

Paso 1:

- a) Pararse frente al espejo
- b) Observar ambas mamas detectando posibles alteraciones
- c) Buscar supuración de los pezones, pliegues, hoyuelos o escaras de la piel.



Los dos pasos siguientes sirven para verificar cualquier cambio en la forma o contorno de sus mamas. Al hacerlo, debe ser capaz de sentir que aprieta los músculos torácicos.

Paso 2:

- a) Observar de cerca en el espejo, unir las manos detrás de la cabeza y presionar hacia adelante.
- b) Observe cualquier cambio en el contorno de las mamas.



Paso 3:

- a) A continuación, presione sus manos con firmeza en la cadera e inclínese ligeramente hacia el espejo a medida que empuja sus hombros y codos hacia delante.
- b) Observe cualquier cambio en el contorno de las mamas.



Algunas mujeres hacen la siguiente parte del examen en la ducha, pues sus dedos se deslizan con mayor facilidad en la piel enjabonada, de manera que puede concentrarse en sentir los cambios dentro de la mama.

Paso 4:

- a) Eleve su brazo izquierdo

Motivo de No Realización del AEM

- b) Utilice tres o cuatro dedos de su mano derecha y sienta su mama izquierda con firmeza, con cuidado y de manera minuciosa
- c) Empiece en el borde externo, presione la parte plana de sus dedos en círculos pequeños, moviendo los círculos con lentitud alrededor de la mama
- d) Mueva de manera gradual hacia el pezón
- e) Asegúrese de cubrir toda la mama
- f) Ponga atención especial al área entre la mama y la parte inferior del brazo, incluyendo la región de la axila.
- g) Sienta cualquier masa poco común o bajo la piel.



Paso 5:

- a) Exprima ligeramente el pezón y vea si hay supuración
- b) Si se presenta cualquier supuración durante el mes, durante el autoexamen o sin éste, visite a su médico.
- c) Repita el examen en su mama derecha.

Paso 6:

- a) Los pasos 4 y 5 se repiten en posición horizontal.
- b) Acuéstese de espalda, con el brazo izquierdo sobre su cabeza y una almohada o toalla doblada bajo el hombro del mismo lado. (esta posición aplana la mama y hace más fácil la observación.)
- c) Utilice el mismo movimiento circular descrito anteriormente.
- d) Repita en la mama derecha.



Si la mujer presentase nódulos, cualquier secreción proveniente del pezón u observara alguna alteración de la piel de la mama o el pezón, no debe asustarse porque puede ser una alteración benigna, sin embargo debe acudir inmediatamente al equipo de salud para que la valore, oriente sobre que acciones tomar y disipe sus dudas.

Es de gran valor que las mujeres incorporen prácticas preventivas como el autoexamen de mama. Esto solo se logra mediante un proceso educativo que integre y articule la información brindada por el equipo de salud con las creencias y comprensiones populares de la enfermedad, así como los temores y fantasías que el tema genera. Siendo de vital importancia la participación del enfermero como integrante del equipo de salud transmitiendo información a la población.

Implicaciones psicosociales de las enfermedades mamarias.

Debido al papel tan importante de las mamas en la sexualidad de la mujer, las respuestas a cualquier sospecha o confirmación de enfermedad suelen dar miedo a la desfiguración, a la pérdida del atractivo sexual, al abandono de la pareja y a la muerte.

Estos miedos en ocasiones llevan a la mujer a demorar la búsqueda de atención. Independientemente de la extensión y gravedad de la lesión es un impacto psíquico capaz de impactar en el equilibrio anímico y afectivo.

La función de la enfermera en respuesta a estas reacciones es identificar las preocupaciones, ansiedades y miedos de la usuaria, además de la orientación y enseñanza, el apoyo psicoemocional se convierten en intervenciones fundamentales de enfermería.

Diseño metodológico.

Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

Área geográfica:

Se realizó en la República Oriental del Uruguay en el departamento de Montevideo, en la sala de espera de un Centro de Salud del M.S.P, ubicado en Capitán Tula 4145 entre Dr. S. Rodríguez y José Belloni.

Universo:

Todas las mujeres entre 18 y 45 años que no se realizan el auto examen de mama mensual que concurren al Centro de Salud en el periodo comprendido entre el 09 al 13 de julio de 2007, en el horario de 08:00 a 12:00 hs. Y que aceptaron participar en el estudio.

Muestra:

De tipo no probabilística tomada por conveniencia dado que se entrevistaron a mujeres entre 18 y 45 años que no se realizan el auto examen de mama mensual, que concurren al Centro de Salud en la sala de espera (se captaron), en el horario de 8:00 a 12:00 hs y que aceptaron participar en el estudio tomando para la muestra las primeras 100 mujeres.

Criterios de inclusión:

- Mujeres.
- Entre 18 y 45 años.
- Que concurren al Centro de Salud en el periodo y horario estipulados.
- Que no se realizan el auto examen de mama mensual.
- Que aceptaron participar del estudio.

Presentación de las variables del objeto de estudio y su medición:

Variable: Se define como la propiedad o cualidad que presentan los elementos de una población que se desea estudiar. Se clasifican según diferentes criterios.

1. Edad:

Definición conceptual: Es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operativa: Años cumplidos.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: 18 a 24 años.

25 a 31 años.

32 a 38 años.

39 a 45 años.

Se seleccionaron estos rangos de acuerdo a los datos epidemiológicos obtenidos de la bibliografía consultada.

2. Situación de pareja:

Definición conceptual: Situación que manifiesta la persona en el momento de la entrevista, de presentar un compañero sexual estable o inestable.

Definición operativa: Situación de pareja manifestada por la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

3. Nivel de instrucción:

Definición conceptual: Años cursados en la educación formal.

Definición operativa: Escolaridad.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta, terciaria completa.

4. Frecuencia de consulta ginecológica:

Definición conceptual: Tiempo que transcurre entre el último control ginecológico y el anterior.

Definición operativa: Tiempo en años que transcurre de la última consulta ginecológica al momento de la entrevista.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Nunca.

Menos de un año.

Anual.

Más de un año.

5. Conoce el AEM.

Definición conceptual: Sentido facultad de conocer; tener idea o noción de una cosa.

Definición operacional: Lo que manifiesta la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

6. Considera importante el AEM.

Definición conceptual: Lo que hace que una cosa sea considerable.

Definición operacional: Lo que manifiesta la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

7. Sabe realizarlo.

Definición conceptual: Estar instruido en como llevar a cabo la exploración de las mamas por sí mismo.

Definición operacional: Lo que manifiesta la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

8. Fuente de información.

Definición conceptual: Fuente sobre la cual se obtuvo la información de la técnica de AEM.

Definición operacional: Lo que manifiesta la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Médico.

Enfermería.

Lo vio por televisión.

Folletería.

Otros.

9. Factores de riesgo.

Definición conceptual: Causa determinante o condición necesaria de un acontecimiento que posibilita un daño, que resulta potencialmente nocivo para la salud.

Definición operacional: Presencia de: Antecedentes familiares de cáncer de mama, menarca precoz, nuliparidad, primoparidad tardía, antecedentes personales de tumores de mama, obesidad androide, consumo de alcohol, recibió hormonas.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Sí.

No.

10. Lactancia materna.

Definición conceptual: Se considera el amamantamiento al recién nacido.

Definición operacional: El tiempo por hijo.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

11. Tiempo de lactancia.

Definición conceptual: El tiempo en que la mujer amamantó a su hijo.

Definición operativa: El tiempo en meses del amamantamiento más prolongado.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicadores: Menos de 6 meses.

Entre 6 y 12 meses.

Más de 12 meses.

12. Su pareja la apoya en el cuidado de su salud.

Definición conceptual: Se refiere a si la pareja contribuye o no en el cuidado de la salud de su compañera.

Definición operacional: Lo que manifiesta la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

13. Motivo influyente en la no realización mensual de autoexamen de mama.

Definición conceptual: Impulso que conduce a una acción consciente y voluntaria.

Definición operativa: Manifestación de la causa por la cual no se realiza el autoexamen de mama.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: No se planteó el tema.

No conoce el autoexamen de mama.

El médico nunca se lo propuso.

Falta de tiempo.

No sabe realizarlo.

Falta de privacidad.

No lo considera necesario.

Temor.

Vergüenza.

No toca su cuerpo.

Otros.

Procedimientos para la recolección de la información:

Una vez elaborado el protocolo (Ver Anexo N° 2) de investigación, aprobado por la Cátedra de Enfermería de Materno Infantil.

Se solicitó el consentimiento informado a las autoridades de la Institución seleccionada (Ver Anexo N° 3), con el fin de realizar el estudio de investigación.

Esta investigación se llevó a cabo por cinco estudiantes que conformaban el equipo, estos se distribuyeron en subgrupos de dos personas, que concurrieron al Centro de Salud en los días y horarios estipulados.

Previo a la aplicación del cuestionario, se elaboró el instructivo del mismo para que los entrevistadores conocieran adecuadamente su manejo (Ver Anexo N° 4), contando con la corrección y aprobación de la tutora de esta investigación, con el fin de asegurar su validez.

Se realizaron diferentes actividades en el proceso de recolección de datos:

- Organización y distribución del trabajo de cada uno de los integrantes.
- Búsqueda y confirmación de los sujetos de estudio.
- Aclaración de dudas sobre los instrumentos de recolección de datos.
- Revisión de todos los formularios ya aplicados por los diferentes integrantes del grupo.
- Ratificar, organizar y clasificar la información recabada.

Instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos sobre el objeto de estudio se efectuó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario (Ver Anexo N° 5), con preguntas de respuestas múltiples, dicotómicas, cerradas y una abierta, elaboradas por los investigadores. Se realizó una prueba piloto la cual se llevó a cabo el día 3 de julio de 2007 en el Hospital Dr. Manuel Quintela, en el primer piso, en la sala de espera de las policlínicas. (Ver Anexo N° 6).

Abordaje de las mujeres.

Se realizó en el Centro de Salud; en la semana del 9 al 13 de julio en el horario de 8 a 12 hs. Ante la población la presentación fue de la siguiente manera: (nombre, institución a la cual pertenecemos, motivo de nuestra presencia y objeto de estudio).

Se procuró realizar la entrevista en las siguientes condiciones: en un ambiente tranquilo y confortable respetando privacidad, disponiendo aproximadamente un tiempo de 15 minutos para cada encuestada.

Una vez finalizada la entrevista se agradeció la participación y se le entregó un folleto informativo sobre AEM. (Ver Anexo N° 7)

Plan de análisis y resultados.

Los datos se procesaron y presentaron en tablas univariadas y bivariadas de FA y FR% y con las gráficas más relevantes para el estudio.

El programa informático utilizado fue Microsoft Word y Power Point.

Tabulación y gráficas

Tabla N° 1 Distribución de la población según edad

Edad	F.A.	F.R%
18-24	40	40%
25-31	15	15%
32-38	22	22%
39-45	23	23%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

La población estuvo integrada por mujeres entre 18 - 45 años. Observándose que un 40% pertenece al rango de 18 – 24 años, siguiendo con un 22% y 23% en el rango de edad 32 - -38 años y de 39 – 45 respectivamente y por último con un 15% en el rango de edad de 25 – 31 años.

Tabla N° 2 Distribución de la población según Situación de Pareja

Tiene Pareja	F.A.	F.R. %
SI	76	76%
NO	24	24%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Con respecto a la situación de pareja se puede observar que el 76% tiene pareja y el 24% no.

Tabla N° 3 Distribución de la población según Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción	F.A.	F.R. %
Primaria Incomp.	20	20%
Primaria Completa	19	19%
Secundaria Incomp.	58	58%
Secundaria Completa	1	1%
Terciaria Incompleta	1	1%
Terciaria Completa	1	1%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

De la siguiente tabla lo más destacado es que el 58% de las mujeres entrevistadas tienen secundaria incompleta.

Tabla N° 4 Distribución de la población según Frecuencia de Consulta Ginecológica.

Consulta Ginecológica	F.A.	F.R.%
Nunca	16	16%
Menos de 1 año	30	30%
Anual	27	27%
Más de 1 año	27	27%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Haciendo referencia a la frecuencia de consulta ginecológica se puede observar que el 16% nunca concurre a la consulta y un 27% en un período mayor al año.

Tabla N° 5 Distribución de la población según Conocimiento del Autoexamen de Mama

Conoce el AEM	F.A.	F.R.%
SI	58	58%
NO	42	42%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

La población encuestada el 58% refiere conocer el AEM, mientras que el 42% no.

Tabla N° 6 Distribución de la población según Realización del Autoexamen de Mama

Sabe Realizarlo	F.A.	F.R.%
SI	35	35%
NO	65	65%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Del total de la población encuestada el 35% refiere conocer la técnica del AEM, mientras que un 65% no la conoce.

**Tabla N° 7 Distribución de la población
Según Importancia del Autoexamen de Mama**

Importancia del AEM	F.A.	F.R.%
Si	81	81%
No	19	19%
Total	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Del total de las encuestadas el 81% considera importante el AEM, y el 19% no.

Tabla N° 8 Distribución de la población según Fuente de Información

Fuente de Información	F.A.	F.R. %
Médico	34	54%
Enfermería	3	4,7%
Lo vio por T.V.	8	12,7%
Folletería	9	14,3%
Otros	9	14,3%
TOTAL	63	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badiano Repetto en Montevideo.

La mayor fuente de información fue brindada por el médico con un 54%. Enfermería con un 5% según lo manifestado por la población.

Tabla N° 9 Distribución de la población según Presencia de Factores de Riesgo

Presencia de Factores de Riesgo	F.A.	F.R. %
SI	56	56%
NO	44	44%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badiano Repetto en Montevideo.

El 56% de las entrevistadas presentan factores de riesgo, mientras que un 44% no.

Tabla N° 10 Distribución de la población por Cantidad de Factores de Riesgo

Factores de Riesgo	F.A.	F.R. %
Antecedentes Familiares	14	25%
Menarca Precoz	14	25%
Antec. Pers. de Neo de Mama	2	3,6%
Obesidad Androide	5	9%
Consumo de alcohol	1	1,8%
Antec. Fliares - Menarca	7	12,5%
Antec. Fliares - Primoparidad	1	1,8%
Antec. Fliares - Obesidad	1	1,8%
Antec. Fliares - Hormonas	1	1,8%
Menarca - Antec. Personales	1	1,8%
Menarca - Obesidad	5	9%
Primoparidad - Obesidad	1	1,8%
Antec. Fliares- Menarca - Obesidad	1	1,8%
Menarca - Nuliparidad - Obesidad	2	3,6%
TOTAL	56	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badiano Repetto en Montevideo.

Del total de la población que presenta factores de riesgo, se destaca que el 64% tiene un solo factor de riesgo. De las mujeres que presentan 2 factores de riesgo es el 31% y con 3 factores de riesgo el 6%.

Tabla N° 11 Distribución de la población por Lactancia

Lactancia	F.A.	F.R.%
Si	81	92%
No	7	8%
TOTAL	88	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Del total de las mujeres que tienen hijos, el 92% amamantó y el 8% no lo hizo.

Tabla N° 12 Distribución de la población según Tiempo de Lactancia

Tiempo de Lactancia (Meses)	F.A.	F.R.%
Menos de 6 meses	24	29,6%
Entre 6-12 meses	20	24,7%
Más de 12 meses	37	45,7%
TOTAL	81	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

El tiempo de lactancia, el 30% amamantó menos de seis meses

Tabla N° 13 Distribución de la población según Apoyo de la Pareja

Apoyo de la pareja	F.A.	F.R.%
Si	64	84,2%
No	12	15,8%
Total	76	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

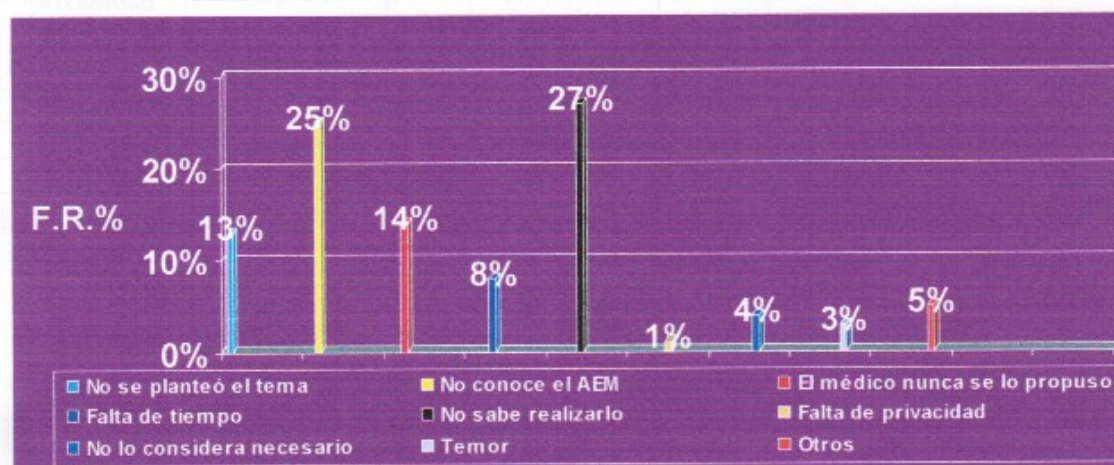
De las mujeres que tienen pareja el 84,2% refiere que la pareja las apoya, y el 15,8% no tiene el apoyo de la pareja.

Tabla N° 14 Distribución de la población según Motivo Influyente en la No Realización del Autoexamen

Motivo	F.A.	F.R. %
No se planteó el tema	13	13%
No conoce el AEM	25	25%
El médico nunca se lo propuso	14	14%
Falta de tiempo	8	8%
No sabe realizarlo	27	27%
Falta de privacidad	1	1%
No lo considera necesario	4	4%
Temor	3	3%
Otros	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Gráfica N° 14 Distribución según Motivo Influyente en la No Realización del Autoexamen



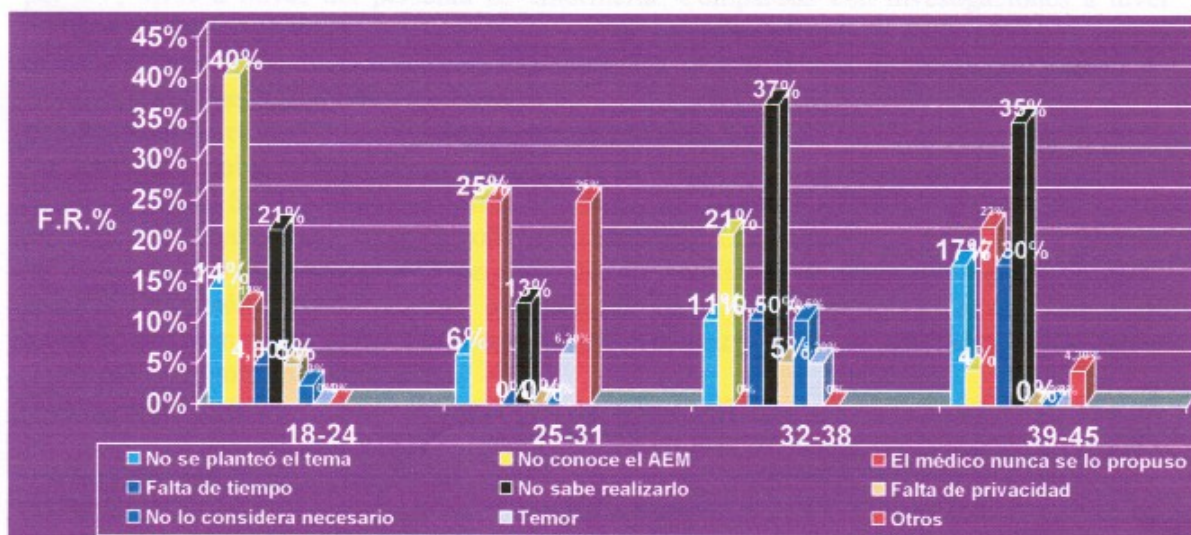
El motivo por el cual no se realizan el 27% refiere no saber realizarlo, el 25% no conoce el AEM.

Tabla N° 15 Motivo de No Realización en relación a la Edad

Motivo	Edad								Total	
	18-24		25-31		32-38		39-45			
	F.A.	F.R%	F.A.	F.R%	F.A.	F.R%	F.A.	F.R%	F.A.	F.R. %
No se planteó el tema	6	14,2%	1	6,2%	2	10,5%	4	17,3%	13	13%
No conoce el AEM	17	40,4%	4	25%	4	21%	1	4,3%	26	26%
El médico nunca se lo propuso	5	12%	4	25%	0	0%	5	22%	14	14%
Falta de tiempo	2	4,8%	0	0%	2	10,5%	4	17,3%	8	8%
No sabe realizarlo	9	21,4%	2	12,5%	7	37%	8	34,8%	26	26%
Falta de privacidad	2	4,8%	0	0%	1	5,2%	0	0%	1	1%
No lo considera necesario	1	2,3%	0	0%	2	10,5%	0	0%	4	4%
Temor	0	0%	1	6,2%	1	5,2%	0	0%	3	3%
Otros	0	0%	4	25%	0	0%	1	4,3%	5	5%
TOTAL	42	100%	16	100%	19	100%	23	100%	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Gráfica N° 15 Motivo de No Realización en relación a la Edad



Lo más destacado de esta gráfica es que el 40% de la población que se encuentra en el rango de 18-24 años no conocen el AEM y ese es el motivo influyente de no realización.

Análisis e Interpretación de los resultados.

En el periodo comprendido entre el 09 y el 13 de julio de 2007 se realizaron un total de 100 entrevistas lo que corresponde a la muestra de nuestra investigación.

El presente análisis comienza con la caracterización de la población abordada, de forma de obtener un perfil de la misma cumpliendo con uno de los objetivos planteados.

Tenemos que un 40% de las entrevistadas se encuentran en edades comprendidas entre los 18 y 24 años; 23% de 25 a 31 años; 22% de 32 a 38 años; y 15% de 39 a 45 años, destacando que el predominio de las entrevistadas fueron mujeres jóvenes las cuales tienen menor incidencia en contraer cáncer de mama ya que esta patología se diagnostica generalmente en mujeres mayores de 40 años.

Un 76% refiere tener pareja en el momento de la entrevista y un 24% no.

Un 58% con secundaria incompleta; 20% primaria incompleta; 19% primaria completa y 1% con secundaria completa, terciaria incompleta y completa respectivamente.

El 30% la última consulta ginecológica fue hace menos de un año; 27% concurre anualmente; 27% la última consulta fue hace más de un año; 16% nunca concurrieron.

58% conoce el AEM mientras que un 42% no lo conoce.

65% no sabe realizar el AEM mientras que un 35% si; el porcentaje que no sabe realizar el AEM resulta alarmante si se tiene en cuenta que existe una asociación entre la realización mensual del AEM en una mayor sensibilidad en la detección de nódulos mamarios palpables; ya que cuanto más conoce la mujer su cuerpo le resulta más fácil la detección de alteraciones.

El 81% lo considera importante mientras que un 19% no lo considera importante.

Aquí se nos presenta una falta de correlación entre las mujeres que conocen el AEM que son menos que las que lo consideran importante.

De las mujeres que conocen el AEM tenemos que un 54% recibió información por parte del médico; 14,3% por intermedio de folletería; 14,3% a través de otros medios; 12,7% se informa por TV; 4,7% a través del personal de enfermería. Comparado con investigaciones a nivel mundial se da la diferencia en cuanto a que en otros países la fuente de información principal es la TV, algo importante para tener en cuenta ya que la misma es un medio masivo de comunicación que llega a todos los hogares.

El 56% de mujeres presentan factores de riesgo y un 44% no.

Del total de la población que presentan factores de riesgo, se destaca que el 64% tiene un solo factor de riesgo. Siendo los antecedentes familiares de cáncer de mama y menarca precoz, los factores con mayor presencia en la población estudiada. Las mujeres que presentan 2 factores de riesgo es el 31% destacándose los antecedentes familiares de cáncer de mama - menarca precoz y también menarca precoz- obesidad androide; con 3 factores es el 6%, dentro de estos, se destacan antecedentes familiares, menarca precoz y obesidad, son factores con mayor presencia en la población estudiada.

Coincidiendo con el estudio realizado en el año 1997 en tres policlínicas barriales de Montevideo donde se detectó que el factor de riesgo más frecuente fue la menarca precoz y antecedentes familiares de cáncer de mama.

Del total de las mujeres que tienen hijos, el 92% amamantó y un 8% no lo hizo.

45,7% amamantó más de doce meses; 29,6% menos de seis meses; y 24,7% entre seis y doce meses.

Estos datos resultan positivos debido a que amamantar más de 6 meses se considera un efecto protector para el cáncer de mama.

Motivo de No Realización del AEM

De las entrevistadas el 84,2% recibe el apoyo de la pareja, mientras que un 15,8% no. En lo que las entrevistadas manifestaron en relación a la respuesta de la pregunta abierta de cómo la apoya su pareja: "me incentiva a ir al médico", "me cuida", "me cuida los niños mientras voy al médico".

Centrándonos en el objetivo principal de esta investigación, mencionaremos los resultados obtenidos en cuanto a los **Motivos influyentes en la no realización**: 27% no sabe realizarlo; 25% no conoce el AEM; 14% refiere que el médico nunca se lo propuso; 13% no se planteó el tema; 8% por falta de tiempo; 5% refiere otros motivos; 4% no lo considera necesario; 3% por temor; 1% falta de privacidad.

Coincide con un estudio realizado en Brasil en donde las causas principales de la no realización son: no saber hacerlo y desconocimiento del tema.

Motivo de no realización en relación a la edad: Del total de las entrevistadas que se encuentran en el rango de 18-24 años, el 40% no conoce el AEM, siendo éste el motivo influyente de la no realización del mismo. De las mujeres que están entre 25-31 años que no conocen el AEM es el 25%, otro 25% manifiesta que el médico nunca se lo propuso.

En el rango de 32-38 años el 37% no sabe realizarlo y en el rango de 39-45 años el 35% no sabe realizarlo.

Por lo tanto se destaca que: no conocen el AEM, el médico nunca se lo propuso y no sabe realizarlo es el motivo influyente de la no realización.

Independientemente del nivel de instrucción que poseen las entrevistadas los indicadores por los cuales manifiestan no realizarse el AEM son las mismas.

Estos datos no coinciden con estudio realizado a nivel internacional ya que los resultados a los que llegaron fue que a mayor nivel de instrucción mayor frecuencia de AEM.

Del 30% no conoce el AEM y concurren a la consulta ginecológica en un período menor al año; el 26% concurre anualmente y tampoco conocen el AEM. (Ver Anexo N° 8)

Y con respecto a las mujeres que nunca han concurrido a la consulta el 31% no sabe realizarlo y las que concurren hace más de un año que es el 48% y no sabe realizarlo.

Lo más relevante es que de las mujeres que concurren al ginecólogo no conocen el AEM, esto se puede deber a que el sistema de salud a pesar de que se encuentra en pleno etapa de cambio todavía se enfoca más hacia lo curativo que hacia lo preventivo.

Conclusiones.

Los objetivos propuestos en esta investigación fueron logrados, caracterizando la población según las variables seleccionadas, identificando los motivos influyentes en la no realización del AEM en mujeres entre 18 y 45 años. Los resultados obtenidos de esta investigación, permiten determinar que los motivos por los cuales las entrevistadas no se realizan el AEM, se da por falta de conocimiento del mismo, de la realización de la técnica y por que el médico o el equipo de salud nunca se lo propuso, independientemente del rango etario en el que se encuentre la mujer, estos motivos presentan altos porcentajes, lo que coincide con resultados de investigaciones a nivel internacional en los cuales el desconocimiento del AEM es uno de los motivos por el cual no se lo realizan.

La situación de pareja de la mujer no tiene influencia en la no realización del AEM, así como tampoco influye la frecuencia de consulta ginecológica. A sí mismo cabe destacar que de la población entrevistada más del 50% presenta factores de riesgo, siendo los que predominan: antecedentes familiares, menarca precoz y obesidad androide, lo cual también coincide con una investigación hecha a nivel nacional en el año 1997.

De los datos obtenidos concluimos también que dentro del equipo de salud, el papel de la enfermera en cuanto a orientación, promoción de salud ocupa un pequeño porcentaje.

Consideramos que se debería reforzar en el momento de la consulta la promoción del autocuidado de la mujer teniendo en cuenta la historia de salud de cada una, donde el rol del enfermero profesional es necesario, orientando sus esfuerzos hacia la promoción y prevención de enfermedades, respetando siempre a la mujer que tiene el derecho y la responsabilidad de elegir de acuerdo a creencias y valores personales tras haber sido informada.

Se hace necesario estimular a los diferentes integrantes del equipo de salud a llevar a cabo estrategias adecuadas para llegar a la población pudiendo cumplir con las funciones de la Atención Primaria en Salud.

Sugerencias.

- ⊕ Considerando los resultados obtenidos en esta investigación, teniendo en cuenta que los motivos por los cuales no se realizan el AEM, son el desconocimiento del mismo y no saber realizarlo, entre otros, se debería reforzar y trabajar en estos aspectos:
- ⊕ Promover la educación sanitaria en los centros de primer nivel de atención, tanto individual como colectiva, como fuente de obtención de información oportuna, concisa, clara y accesible sobre el autocuidado de la mujer.
- ⊕ Incorporar por parte de enfermería la consulta de enfermería.
- ⊕ Potenciar a través de los medios de información masivos campañas, informando acerca del autocuidado de la mujer, poniendo énfasis en la importancia que tiene para su salud.
- ⊕ Realizar actividades extramuros, promoviendo la participación comunitaria de grupos de trabajo, familia, instituciones barriales, centros educativos, etc.
- ⊕ Realizar la devolución de la investigación al equipo de salud del Centro de Salud en el cual se desarrollo la investigación.
- ⊕ Enfermería profesional debe contribuir en la elaboración de programas desde el primer nivel de atención, con un enfoque biosicosocial, generando así una línea de acción sólida y permanente, mejorando la atención que se brinda a las mujeres, teniendo en cuenta los posibles encuentros no programados con el individuo y su medio, utilizando el proceso de atención de enfermería como punto de partida de ese accionar, realizando actividades que promueven el autocuidado de la salud de la mujer.
- ⊕ Promover la capacitación de los integrantes del equipo de salud para brindar la información oportuna.
- ⊕ Dar participación al hombre y la familia para que contribuyan al cuidado de la salud de la mujer.
- ⊕ Sugerimos promover el Día Internacional del Cáncer de Mama que se celebra el 19 de Octubre, y tiene como objetivo sensibilizar a la población general, acerca de la importancia que esta enfermedad tiene en el mundo.

Bibliografía.

Aznar C. Obesidad. [en línea] disponible en: <http://www.carlosaznar.com/obesidad.html> fecha de acceso abril 2007)

Barrios E. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer (conferencia en línea) Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

Bergamasco R. A enfermeira na prática e no ensino do auto-exame da mama.[en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

Blasco D E, Monpart M P, Enfermería comunitaria I; Barcelona: Ed. Masson-Salvat; 1992.

Blasco D E, Monpart M P. Enfermería comunitaria III; Barcelona: Ed. Masson-Salvat; 1992.

Borba Á. ginecología obstetricia [en línea] disponible en: www.bvs.oncologia.org.uy (fecha de acceso mayo 2007)

Borba, Souza, Lazzaron, Deferrari. Frecuencia de realização e acurácia do auto-exame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à mamografia [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

Carámbula J. Cáncer de mama: 40% en riesgo [en línea] Disponible en <http://colou.com.uy> (Fecha de Acceso Mayo 2007)

Cascaes A, Pino A, Neiva E, Costa J, Nascimento L. Causas da não realização do auto-exame das mamas [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

Coppola F, Nader F, Aguirre R, Metabolismo de los estrógenos, endógenos y cáncer de mama. Revista medica uruguaya, marzo 2005 vol. 21 pág. 15-25

Gómez B, Wilson Tellechea M, Estudio de factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de 3 policlinicas barriales de Montevideo 1997 [en línea] Disponible en <http://www.bireme/ops/oms> Fecha de Acceso Mayo 2007

Hernández Isabel, Acanda M, Exploración sobre conocimientos sobre el autoexamen mamario [en línea] Disponible en <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

Hernández Mª Lourdes, Díaz V, Valoración de conocimientos sobre el autoexamen mamario en sectores del plan del médico de la familia [en línea] Disponible en <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

Musé I. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer [en línea] Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

Orem D E, Modelo de Orem. Barcelona Ed. Masson – Salvat; 1991

Otto. S. Enfermería oncológica 3ª ed. Barcelona: Ed. Océano; 2003. V I

Pacheco J, Muñoz C. Autoexamen de mama [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

Pineda E B, De Alvarado E L, de Canales F H. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: OPS; 1994

Reuters La lactancia disminuye el riesgo de cáncer [en línea] Disponible en: <http://www.querreceta.com> (Fecha de Acceso Agosto de 2007)

Sentís J, Pardell H, Cobo E, Canela J. Manual de bioestadística, 2ª ed. Barcelona: 1995. Ed. Masson; pág. 15- 32

Vasallo J A. III atlas de mortalidad por cáncer en el uruguay. monteideo Imprenta Rojo; 2005

Villacrés V K, Alarcón R A. Estudio piloto sobre actividades preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

Yoshioka, Rojas, Souza. Auto-exame de mamas: identificação de alguns fatores que influenciam sua prática [en línea] Disponible en: <http://www.bireme/ops/oms> (Fecha de Acceso Mayo del 2007)

ANEXOS

ANEXO N° 1

Entrevista a Director del Programa de Cáncer Mamario
DR. GABRIEL KRYGIER

- ¿Cuál es la historia de PRONACAM y sus integrantes?

PRONACAM surgió hace muchos años, el programa de control cáncer de mama ex PRONACAM porque ya no es más PRONACAM o sea tenemos 2 cosas una el PRONACAN (programa nacional del cáncer) éste trata de cáncer general que surge hace 2 años en este gobierno y lo dirige el Dr. Musé y nosotros integramos lo que sería el ex PRONACAM (Programa nacional de cáncer de mama), que en realidad es el P.C.M. (Programa de cáncer mamario) éste programa surge en el año 1991-1992 y lo manejó durante muchos años el Dr. Carámbula. Nosotros asumimos la dirección de este programa en diciembre de 2005. Estamos trabajando, se hicimos algunos cambios, estamos reformando la recolección de datos, de planillas y hemos incorporado nuevos centros. El programa actual, integra, el marco del programa del control de cáncer en un programa mayor, el P.C.M. está desde el año 2005, también está integrado el cáncer de cuello uterino y cáncer de colon, que también es dirigido por el Dr. Musé y nosotros estamos solamente en el control de cáncer de mama.

- ¿Cuáles son los objetivos?

Los objetivos principales, en el marco de lo que es la prevención, apostamos lo que es la prevención secundaria, es decir a la detección oportuna, precoz del cáncer de mama.

La prevención primaria del cáncer de mama es poco efectiva, no es tumor en el cual se puedan hacer muchas campañas, muchas conductas para evitar que aparezcan, lo que sí se puede hacer es una prevención secundaria que en oncología se llama la Detección Precoz de la enfermedad. Apuntado justamente a la campaña de Detección Precoz tenemos el programa del M.S.P. que es el que dirijo y que apunta al examen físico, en el cual trabajo junto a mi secretaria, Sandra Benítez y por otro lado está el programa de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer que es el programa de mamografía. Que por primera vez, más o menos hace un año, estamos unificándolo, teniendo criterios en común, hay un nexo real entre el M.S.P., el programa nuestro y el programa de la Lucha contra el cáncer, de manera de poder aprovechar mejor los recursos, y darle más importancia todavía al programa. El programa nuestro, el que dirijo es de Examen Físico Mamario, dando prioridad al examen físico como herramienta de detección precoz o prevención secundaria en el cáncer de mama.

- ¿El proyecto en curso es el examen físico mamario?

El examen físico mamario es una herramienta clave. Hay muchos programas en la Unión Internacional Contra el Cáncer, hace muchos, se estableció en normas internacionales para determinar un programa de prevención en cáncer y en especial de cáncer de mama, que es la patología de mayor incidencia y mortalidad en la mujer y en el mundo y en nuestro país también. Un programa dirigido a esa patología, tiene que tener algunas características, que varían en función del nivel de desarrollo de cada país, no es lo mismo hacer un programa de prevención de cáncer de mama, en India o Filipinas que en Canadá o EE.UU., entonces de acuerdo a los recursos económicos hay distintos estratos y la Unión Internacional Contra el Cáncer ha aceptado distintos tipos de programas, programas si quieren con mayor peso que es el examen físico, que es donde nosotros hoy, estamos haciendo hincapié, donde los recursos son más limitados como sucede en nuestro país, el programa de examen físico es más barato, exige una concientización mayor de la población, tanto del técnico que realiza el examen físico como de la población que va a hacerse el examen y a su vez tiene un programa de mamografía, que si bien no está estrictamente armado como programa de screening, el programa de mamografía que tenemos en nuestro país, es un programa todavía más "en pañales" en lo que se refiere a programa de screening. No es un programa real de detección precoz. En un futuro lo que

intentaremos hacer si estamos trabajando en eso es lograr en nuestro país un programa piloto de screening de cáncer de mama. Es decir ver si nuestro país puede eventualmente con los recursos que tiene realizar un programa verdaderamente de screening como sucede en otras patologías, como el cáncer de cuello uterino, tenemos un programa de screening, diríamos piloto, que fue muy efectivo que dirige el Dr. Guillermo Rodríguez que se ha hecho especialmente en Paysandú y bueno nosotros apuntamos en un futuro poder hacerlo, por eso estamos trabajando intensamente tanto con los técnicos que nos apoyan en todo lo que se refiere al examen físico, los técnicos de la Lucha contra el cáncer que nos dan el soporte informático, hemos creado una base de datos de primerísimo nivel, que es la que recibe mi secretaria, recibimos vía fax y por correo electrónico todos los exámenes físicos que son realizados ya sea en el interior, en distintos centros que previamente están tabulados, ingresados por técnicos y por centros.

Estuvimos trabajando alrededor de 8 meses en el diseño de la planilla, especialmente diseñada para poder documentarlo en forma electrónica y a su vez tener un link con la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer para lo que son las mamografías. Es decir estamos apostando a un programa serio, real, sustentable en lo que es detección precoz de cáncer de mama.

- ¿Podemos tener acceso a los datos estadísticos?

Todavía no se puede tener acceso a los datos estadísticos porque estamos en la etapa de recolección de datos, hasta el mes de setiembre que vamos a llegar a las 1000 planillas, y vamos a hacer una auditoría nosotros especialmente. El acceso a los datos van a ser de forma restringida, no es abierto a toda la población, porque hay datos muy confidencial de las pacientes y los técnicos pero por supuesto se va a hacer una publicación para el año que viene. Recién estamos en la etapa inicial, hasta ahora llevamos unas 750 planillas, y apostamos a una cifra mucho mayor y aparte estamos en la primera etapa y tenemos que hacer la auditoría de llenar cada planilla etc.

- ¿Hay relación con los mamógrafos?

Al estar trabajando en conjunto con la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, y ellos al tener el programa de mamografía, estamos trabajando se podría decir en conjunto.

- ¿Cuáles son los lineamientos generales del programa a nivel nacional?

Nosotros estamos haciendo una campaña en cada departamento del Interior tratando de concientizar a la población, de la importancia del examen físico mamario, las nuevas planillas de recolección de datos. En principio con un programa piloto, hay que definir cuáles son los departamentos que reunirían la infraestructura, y siempre y cuando haya voluntad política para hacerlo, si los recursos económicos justifican que se desarrolle este programa. Este es un programa muy costoso en cualquier parte del mundo, incluso en los países desarrollados, entonces cuando se apunta a un programa así, hay que saber la incidencia de la patología de la que está hablando, la mortalidad y por sobre todo si justifica de acuerdo a esos datos los recursos del país implementar un programa, capaz que los recursos económicos que dispone el M.S.P. tal vez conviene invertirla en otro recurso, estamos tratando de armar todo, tenemos las herramientas, ahora estamos en reunión periódicas con los contadores de la Comisión, viendo la forma de estructura, viendo si es viable y sustentable. Por que un programa de screening en cáncer no solo hay que diseñarlo, sino que hay que mantenerlo, de nada sirve diseñar, invertir recursos, designar mamógrafos y contratar personal, técnicos etc., si se va a hacer una sola vez y no se va a repetir. Un programa de screening necesita repetición, mantenimiento, necesita auditoría, necesita control de datos, explicación de registros, una cantidad de cosas que hay que planearlas previamente antes de decir, el propósito es hacer un programa de screening en cáncer.

El autoexamen mamario no es una maniobra fundamental en lo que es la detección precoz del cáncer de mama, si es una herramienta fundamental para concientizar a la mujer de la

importancia del cáncer de mama, educativa por sobre todo, es una medida educacional, o sea por el autoexamen de mama, no se detectan los tumores mamarios, pero sí ayudan a la mujer a conocer sus senos, a consultar precozmente. Yo considero que el autoexamen mamario tiene hoy por hoy un papel en la educación poblacional, no tanto en la detección sino en la concientización.

-¿Hay cursos de capacitación, y a quienes van dirigidos?

Sí, hay cursos de capacitación, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer tiene un departamento de Educación poblacional donde se capacita tanto a médicos, enfermeras, licenciadas, parteras, etc. La Comisión se dedica periódicamente a la importancia a la educación poblacional, a la prevención primaria y a la prevención secundaria en todas las patologías y por supuesto en el cáncer de mama. El departamento está dirigido por el Dr. Enrique Barrios y el Dr. Básalo que está en registro médico. Se dan charlas en Montevideo y en el Interior del país, en distintas ciudades y departamentos.

- Las instituciones públicas o privadas ¿Cómo hacen para adherirse?

Hoy por hoy, la red pública está bastante bien estructurada, es decir la gran mayoría de los centros públicos tanto en Montevideo como en el Interior del país no solamente en las principales capitales, sino también en centros poblados, ya están armadas, ya integran este programa, están participando activamente, por supuesto que mandan la información, nosotros recabamos los datos, hacen mamografías puntualmente en algunos centros donde hay mamógrafos, o sea tenemos mamógrafos distribuidos en todo el país. Todos los departamentos tienen mamógrafos por lo menos uno. Ya sea en centros público y/o privado. Y en la parte educativa, nosotros vamos periódicamente, damos charlas educacionales, tratamos de congrega la mayor cantidad de público que está interesada en este tema, por supuesto hay grupos de apoyo, Grupo Mujer entre otros de patologías mamarias. Que incluso nos permiten a nosotros juntar a la gente que está vinculada con el tema.

-¿Tienen algún formulario del programa para las policlínicas?

Sí, nuestras planillas son las únicas aceptadas por el M.S.P. y por el Gobierno.

Los datos los ingresa la Secretaria y lo más importante son la C.I. y la fecha de nacimiento. Tenemos los datos patronímicos de la paciente en una cara de la hoja y del otro lado lo que se refiere al examen físico: inspección de las mamas, palpación axilar, conducta de control. También los folletos que algunos se los damos a la paciente y otros quedan colgados en la policlínica.

ANEXO N° 2

Protocolo

1- Planteamiento del problema.

Área temática:

Autocuidado de la mujer.

Problema:

¿Cuáles son los motivos que influyen en la no realización mensual del auto examen de mama, en mujeres de 18 a 45 años, que concurren al Centro de Salud del M.S.P. de Montevideo en el periodo comprendido entre el 9 al 13 de julio de 2007 en el horario de 08:00 a 12:00 hs?.

2- Objetivos.

Objetivo general:

Conocer los motivos que influyen en la no realización mensual del auto examen de mama en mujeres entre 18 y 45 años.

Objetivos específicos:

Caracterización de la población según las variables.

Identificar los motivos que influyen en la no realización mensual del auto examen de mama.

Analizar las variables establecidas.

3-Fundamentación.

La temática central de nuestra investigación es Mujeres y el Autocuidado, dentro de este gran tema, nos enfocaremos al Auto examen de mama, más específicamente a conocer el motivo de la no realización del mismo.

El cáncer es un problema creciente. Se estima para el año 2020, 20 millones de casos nuevos de los cuales 14 millones en los países en vías de desarrollo ⁽¹⁾

La mortalidad por cáncer en Uruguay constituye entre un 20% y un 25% fluctuando anualmente pero está entre 1/5 y 1/4 del total de muertes que se producen al año de manera que esto representa 7500 muertes por año. ⁽²⁾

El cáncer de mama es una de las preocupaciones principales de Salud de la población en el mundo; es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad entre los 35 y 54 años de edad. Su incidencia mundial está aumentando por razones que no se han determinado. ⁽³⁾

En nuestro país los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en la población femenina, siendo el cáncer de mama en primer lugar como causa de muerte.

Nuestro País ocupa el 1er lugar en Latinoamérica por cáncer de mama y el 6to en el mundo. ⁽⁴⁾

Las tasas de mortalidad en el periodo 1994-1998 fueron 3162 fallecidos por cáncer de mama de la cual 1764 corresponden a Montevideo siendo un 55,78% y 1398 del interior correspondiendo a un 44,22%.

Mientras que en el quinquenio 1999-2003 las tasas de mortalidad por cáncer de mama en Uruguay fue un total de 3140 de las cuales 1631 corresponde a Montevideo siendo un 51,9%, y 1509 al interior siendo un 48,1 % ⁽⁵⁾

En Uruguay el cáncer de mama constituye un serio problema sanitario y fue declarado como un problema prioritario de salud por el Ministerio de Salud Pública en 1990 motivando la implementación del PRONACAM; actualmente el Director es el Dr. Gabriel Krygier. (Ver Anexo N° 1)

En 1991 se pone en práctica el Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM) cuyo objetivo central es la disminución de la mortalidad por cáncer de mama y como objetivo secundario un aumento del porcentaje de las cirugías conservadoras. ⁽⁶⁾

Este programa surge a partir de la alarmante tendencia creciente de mortalidad por cáncer de mama que duplicó sus cifras en 30 años, en una población demográficamente casi estable. En 1960 fallecieron por su causa 300 mujeres y en 1990 casi 600; es decir que aumentó un 100% en tres décadas.

Las medidas posibles para mejorar el control de esta enfermedad, es la prevención secundaria, mediante la detección precoz y optimización de su tratamiento, lo que presenta la potencialidad de lograr una rápida reducción de su mortalidad es la detección precoz. Lo cual redundará en beneficio no solo de la mujer sino también del sistema sanitario.

Las prácticas del auto examen de mama mensual, mamografía bilateral, examen mamario preventivo, se complementan siendo necesarias para arribar al diagnóstico.

⁽¹⁾ Musó I. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer (conferencia en línea) Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

⁽²⁾ Barrios E. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer (conferencia en línea) Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

⁽³⁾ Otto S. Enfermería oncológica 3ª ed. Barcelona: Ed. Océano; 2003. V 1

⁽⁴⁾ Musó I. Lanzamiento oficial del programa nacional de control del cáncer (conferencia en línea) Nov.2005. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy> (Fecha de Acceso Junio del 2007)

⁽⁵⁾ Vassallo J A. III atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay. Montevideo: Imprenta Rojo; 2005

⁽⁶⁾ Carámbula J. Cáncer de mama: 40% en riesgo [en línea] Disponible en <http://celon.com.uy> (Fecha de Acceso Mayo 2007)

Según un estudio realizado en Brasil sobre la frecuencia de realización del auto examen de mama y la detección de nódulos en mujeres sometidas a mamografía se concluyó que existe una asociación entre la realización mensual de auto examen de mama y una mayor sensibilidad en la detección de nódulos palpables.⁶⁷

El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo como son: los antecedentes personales de tumores de mama, los antecedentes familiares, menarca precoz, nuliparidad o paridad tardía, obesidad androide, consumo de alcohol y si recibió hormonas. La incorporación de intervenciones preventivas en la práctica del equipo de salud, son elementos clave para la disminución de los índices de morbilidad, ya que es un problema que también influye en los aspectos psicológicos y la percepción de la sexualidad de la mujer y de su propia imagen personal.

La búsqueda constante de instancias de prevención y detección precoz es una de las actividades de la Lic. de Enf. dentro de la Asistencia, Docencia e Investigación, tomando como guía la Teoría del Autocuidado de Orem, conociendo los motivos por los que las mujeres no se realizan el Autoexamen de mama, se podría reforzar y trabajar aquellos aspectos que influyen en esto, brindando información con fundamentos científicos, teniendo en cuenta creencias, fantasías, mitos, temores que el tema genera, para que así puedan incorporar esta práctica de detección precoz.

Se tomó como referencia para realizar la investigación el Centro de Salud, ubicado en Capitán Tula 4145 entre las calles Dr. S. Rodríguez y José Belloni en la ciudad de Montevideo.

Dicho Centro de Salud es dependiente de MSP, división General de Salud ASSE, cuenta con cuatro policlínicas que son dependientes del mismo, perteneciendo a la zona de influencia, brinda un primer nivel de atención que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes en la Atención de la Salud de la población asistida.

La población total estimada en la zona de referencia es de 67533 según último censo realizado en 1996, predominando el sexo femenino con un 50,6% y un 49,4% sexo masculino. Siendo el segundo centro de salud con mayor población luego del Cerro.

Cuenta con los servicios de Medicina General, Pediatría, Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Salud Mental, Ginecología, Odontología, Asistente Social, etc.

Dentro de los criterios que se tomaron en cuenta para realizar esta investigación, no solo el problema sanitario que constituye esta enfermedad, sino que también la relación de género que significa y el papel principal que ocupa la mujer en la dinámica familiar, en la sociedad y en la economía de un País.

Consideramos que esta investigación es Viable ya que los investigadores poseen los conocimientos necesarios para el abordaje de la misma y la guía metodológica de la docente tutora a cargo. Es importante destacar la Factibilidad económica ya que disponemos de los recursos materiales y humanos necesarios, en lo referente a factibilidad sociocultural, se trabaja dentro del área de la salud sin afectar los valores y creencias de la población a abordar.

⁶⁷ Borba A. ginecología obstetricia [en línea] disponible en: www.bvs.oncologia.org.uy (fecha de acceso mayo 2007)

4- Los métodos.

Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

Área geográfica:

Se realizara en la República Oriental del Uruguay en el departamento de Montevideo, en la sala de espera del Centro de Salud, ubicado en Capitán Tula 4145 entre Dr. S. Rodríguez y José Belloni.

Universo:

Todas las mujeres entre 18 y 45 años que no se realicen el auto examen de mama mensual que concurren al Centro de Salud, en el periodo comprendido entre el 09 al 13 de julio de 2007, en el horario de 08:00 a 12:00 hs. Y que acepten participar en el estudio.

Muestra:

Es de tipo no probabilística tomada por conveniencia dado que se entrevistarán a mujeres entre 18 y 45 años que no se realicen el auto examen de mama mensual, que concurren al centro de Salud, en la sala de espera (se captarán), en el horario de 8:00 a 12:00 hs y que acepten participar en el estudio tomando para la muestra las primeras 100 mujeres.

Criterios de inclusión:

- Mujeres.
- Entre 18 y 45 años.
- Que concurren al Centro de Salud, en el periodo y horario estipulados.
- Que no se realiza el auto examen de mama mensual.
- Que acepten participar del estudio.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Ginecología
Av. Rafael Ángel de Larrea
Montevideo - Uruguay

Presentación de las variables del objeto de estudio y su medición:

1. Edad:

Definición conceptual: Es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operativa: Años cumplidos.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicador: 18 a 24 años.

25 a 31 años.

32 a 38 años.

39 a 45 años.

Se seleccionaron estos rangos de acuerdo a los datos epidemiológicos obtenidos de la bibliografía consultada.

2. Situación de pareja:

Definición conceptual: Situación que manifiesta la persona sobre su estado conyugal.

Definición operativa: Situación de pareja manifestada por la entrevistada

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

3. Nivel de instrucción:

Definición conceptual: Años cursados en la educación formal.

Definición operativa: Escolaridad.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta, terciaria completa.

4. Frecuencia de consulta ginecológica:

Definición conceptual: Tiempo que transcurre entre el último control ginecológico y el anterior.

Definición operativa: Tiempo en años que transcurre de la última consulta ginecológica al momento de la entrevista.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Nunca

Menos de un año.

Anual

Más de un año.

5. Conoce el AEM.

Definición conceptual: Sentido facultad de conocer; tener idea o noción de una cosa.

Definición operacional: Lo que manifieste la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

6. Considera importante el AEM.

Definición conceptual: Lo que hace que una cosa sea considerable.

Definición operacional: Lo que manifieste la entrevistada.

Indicadores: Si.

No.

7. Sabe realizarlo.

Definición conceptual: Estar instruido en como llevar a cabo la exploración de las mamas por si mismo.

Definición operacional: Lo que manifieste la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

8. Fuente de información.

Definición conceptual: Fuente sobre la cual se obtuvo la información de la técnica de AEM.

Definición operacional: Lo que manifieste la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Médico.

Enfermería.

Lo vio por televisión.

Folletería.

Otros.

9. Factores de riesgo.

Definición conceptual: Causa determinante o condición necesaria de un acontecimiento que posibilita un daño, que resulta potencialmente nocivo para la salud.

Definición operacional: Presencia de: Antecedentes familiares de cáncer de mama, menarca precoz, nuliparidad, primoparidad tardía, antecedentes personales de tumores de mama, obesidad androide, consumo de alcohol, recibió hormonas.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si

No

10. Lactancia materna.

Definición conceptual: Se considera el amamantamiento al recién nacido.

Definición operacional: Lo que manifieste la entrevistada.

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si

No

11. Tiempo de lactancia.

Definición conceptual: el tiempo en que la mujer a amamantado a su hijo.

Definición operativa: el tiempo en meses del amamantamiento más prolongado.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Indicadores: Meses de 6 meses.

Entre 6 y 12 meses

Más de 12 meses.

12. Su pareja la apoya en el cuidado de su salud.

Definición conceptual: se refiere a si la pareja contribuye o no en el cuidado de la salud de su compañera.

Definición operacional: Lo que manifiesta la entrevistada

Clasificación: Cualitativa nominal.

Indicadores: Si.

No.

13. Motivo influyente en la no realización mensual de autoexamen de mama.

Definición conceptual: Impulso que conduce a una acción consciente y voluntaria.

Definición operativa: Manifestación de la causa por la cual no se realiza autoexamen de mama.

Clasificación: cualitativa nominal.

Indicadores: No se planteó el tema.

No conoce el autoexamen de mama.

El médico nunca se lo propuso.

Falta de tiempo.

No sabe realizarlo.

Falta de privacidad.

No lo considera necesario.

Temor.

Vergüenza.

No toca su cuerpo.

Otros.

Procedimientos para la recolección de la información:

Una vez elaborado el protocolo de investigación y aprobado por la Cátedra de Enfermería de Materno Infantil.

Se solicitará el consentimiento informado a las autoridades de la Institución seleccionada, con el fin de realizar el estudio de investigación.

Esta investigación se llevará a cabo por cinco estudiantes que conforman el equipo, estos se distribuirán en subgrupos de dos personas, que concurrirán al Centro de Salud en los días y horarios estipulados.

Previo a la aplicación del formulario, se elabora el instructivo del mismo para que los entrevistadores conozcan adecuadamente su manejo, luego de la aprobación y corrección, se presentará a la tutora de la Cátedra de Materno Infantil con el fin de asegurar su validez.

Con el objetivo de asegurar la validez y confiabilidad de esta investigación, se realizarán diferentes actividades en el proceso de recolección de datos:

- Organización y distribución del trabajo de cada uno de los integrantes.
- Búsqueda y confirmación de los sujetos de estudio.
- Aclaración de dudas sobre los instrumentos de recolección de datos.
- Revisión de todos los formularios ya aplicados por los diferentes integrantes del grupo.
- Ratificar, organizar y clasificar la información recabada.

Instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos acerca del objeto de estudio, se efectuará como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario, con preguntas de respuestas múltiples, dicotómicas, cerradas y una pregunta abierta, elaborada por los investigadores. Se realizará una prueba piloto la cual se llevara a cabo el día 3 de julio de 2007 en el Hospital Dr. Manuel Quintela, en el primer piso en la sala de espera de las policlínicas.

Abordaje de las mujeres:

Se realizará en Centro de Salud; en la semana del 9 al 13 de julio en el horario de 8 a 12 hs. Presentación ante la población (nombre, institución a la cual pertenecemos, motivo de nuestra presencia y objeto de estudio). Se procurará realizar la entrevista en las siguientes condiciones: ambiente tranquilo y confortable respetando privacidad, se dispondrá aproximadamente 15 minutos para cada encuesta. Una vez finalizada se agradecerá participación y se le entregará un folleto informativo de autoexamen de mama.

Plan de análisis y resultados:

Los datos se procesaran y serán presentados en tablas univariadas y bivariadas de FA y FR% y con las gráficas más relevantes para el estudio. El programa informático será en Microsoft Word y Power Point

5- El plan de trabajo o cronograma.

Administración del proyecto:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| - Supervisora. | Neusa Montero. |
| - Secretaria. | Sofía Hermida |
| - Coordinadora de reuniones. | M ^a . Fernanda Olivera. |
| - Encargado de la bibliografía. | Anderson Nieves. |
| - Tesorero. | Luján Martínez. |

Cronograma de actividades.

- ⊕ Realización del protocolo de investigación (16 semanas).
 - Definición del tema y problema (2 semanas).
 - Fundamentación y justificación (2 semanas).
 - Determinar objetivos y metas (2 semanas).
 - Revisión bibliográfica (4 semanas).
 - Marco referencial (2 semanas).
 - Variables (2 semanas).
 - Plan de análisis (2 semanas).
- ⊕ Creación del instrumento de recolección de información (1 semana).
- ⊕ Presentación ante autoridades. (1 día).
- ⊕ Prueba de funcionalidad del instrumento. (1 día).
- ⊕ Recolección de datos (1 semanas).
- ⊕ Procesamiento de datos y clasificación (1 semanas).
- ⊕ Análisis de los datos obtenidos (1 semanas).
- ⊕ Redacción del informe final (1 semanas).
- ⊕ Entrega del informe final (1 día).

6- Los recursos necesarios.

⊕ Factor humano:

El trabajo de Investigación será realizado por cinco estudiantes de Licenciatura en enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería.

⊕ Recurso institucional.

Es considerado el Centro de Salud. Como centro de referencia para la obtención de los datos necesarios para la ejecución de la investigación.

⊕ Recursos financieros.

La financiación del proyecto provendrá de los cinco estudiantes.

⊕ Recursos materiales:

Rubro	Cantidad	Detalle	Total
Equipos			
Computadora	4	equipos de 4 integrantes del grupo	
Impresiones (cartuchos)	4	2 color y 2 blanco y negro	\$480
Teléfonos	3	Llamadas y conexión a Internet	\$500
Materiales			
Fotocopias	200	\$1c/u	\$200
Lapiceras	5	\$5c/u	\$25
Encuadernación	7	\$40 c/u	\$280
Hojas	500	1 paq. A4	\$200
Disquetes	5	\$10 c/u	\$50
CD.	2	\$15 c/u	\$30
Carpetas	4	\$15 c/u	\$60
Locomoción			
Boletos Urbanos	128	\$15,5 c/u	\$1984
Boletos Inter-departamentales	128	\$23 c/u	\$2944
	64	\$70 c/u	\$4480
		Total	\$11233

Costos y presupuesto:

Para la realización de la presente investigación, se estiman los recursos necesarios para cubrir gastos de transporte y viáticos de los estudiantes, así como también para la compra de material de papelería, material bibliográfico, material de impresión, horas de Internet y gastos para encuadernación, estimando un costo total aproximado de 11.233 pesos uruguayos.

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD de la REPÚBLICA
FACULTAD de ENFERMERÍA



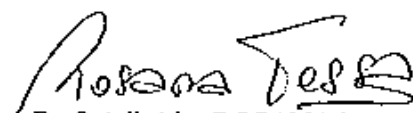
UNIVERSIDAD
de la
REPÚBLICA

MONTEVIDEO, JUNIO 2007.

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD BADANO-REPETTO
DR. GUSTAVO BURROSO
PRESENTE.

Los abajo firmantes son estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y están realizando su tesis final, sobre 'Los motivos de no realización del Auto Examen de Mama en mujeres de 18 a 60 años', para ello es que estamos solicitando su autorización para que puedan relevar los datos en la sala de espera de dicho centro, por medio de un cuestionario anónimo (el cual adjuntamos para que Usted pueda ver), tenga Usted la seguridad de que los datos obtenidos van a formar parte de un informe final, en el cual no se han de identificar a los individuos participantes. Agradeciendo desde ya el haber recibido esta carta, y en espera de una resolución favorable.

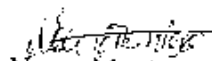
Saluda a usted atentamente y quedando a sus órdenes

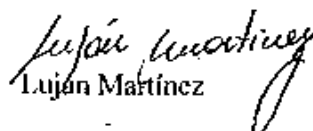

Prof. Adj. Lic. ROSANA TESSA
Tutora de Tesis.


Maria Fernanda Olivera.


Sofia Hermida


Anderson Nieves


Neusa Montero


Luján Martínez

JAIME CIBILS 2810. Tel. (5982) 487.00.44/ 487.0050 Fax (5982) 487.0043
Anexo: Avda. ITALIA S/Nº Hospital de Clínicas piso 3. Tel. (5982) 487.08.72 / Fax (5982) 487.6967
www.inde.edu.uy E-mail: ceti@inde.edu.uy

MONTEVIDEO - URUGUAY

Se Autoriza la realización del estudio
citado. Se res de la dirección del
centro Badano-Repetto

Ora. Patricia Torres
Encargada de Sala de Atención
C.S. Dr. Badano Repetto
R.A.P. - A.S.S.E. / M.S.P.

ANEXO N° 4

Instructivo para el Entrevistador

El entrevistador se presentara con nombre y apellido.

Posteriormente explicará que pertenece a un grupo de estudiantes de la carrera de Licenciatura de Enfermería (Universidad de la Republica Oriental del Uruguay), el objetivo de la entrevista, y el tiempo estimado de duración (15 minutos).

La mujer tendrá la opción de manifestar si acepta o no ser entrevistada, en caso afirmativo se solicitará su cooperación y honestidad en las respuestas brindadas, para que los resultados del mismo sean confiables explicándole la importancia en el estudio de investigación de los datos recabados y tabulados.

Al iniciarse la entrevista se le aclarará que la misma será confidencial, sin fines de lucro.

El cuestionario será completado por el investigador quien estará debidamente identificado.

Se realizará en un ambiente tranquilo.

Se completará un cuestionario por entrevistada en base al instructivo preestablecido, se llenará con letra clara en forma consecutiva marcándose aquel ítem opcional con una cruz en casillero correspondiente.

Se le entregará un folleto con la técnica para la realización del auto examen de mama.

Se realizarán preguntas con el fin de caracterizar a los usuarios y reunir la información relevante para la ejecución de la investigación.

Instructivo.

- 1- Se completará en forma numérica el número de años cumplidos.
- 2- Situación de pareja, interesa saber si tiene o no pareja en el momento de la entrevista, se marcará la opción si o no.
- 3- Se marcará el nivel de instrucción: primaria incompleta, completa; secundaria incompleta, completa; terciaria incompleta, completa, analfabeta.
- 4- Frecuencia del control ginecológico, como opciones se marcará: menos de un año, anualmente, más de un año, nunca.
- 5- Conoce el AEM se marcará la opción que corresponda: si o no.
- 6- Sabe realizarlo se marcará la opción que corresponda: si o no.
- 7- Considera importante el AEM se marcará la opción que corresponda: si o no
- 8- Fuente de información por la cual conoció el AEM y como opciones: médico, enfermería, televisión, folletería, en otros, se tomara en cuenta lo que declare la entrevistada.
- 9- Factores de riesgo se marcará lo que corresponda y las opciones son: antecedentes familiares, menarca precoz, nuliparidad, primoparidad tardía, antecedentes personales de mama, obesidad androide (como método para la obtención de este dato se utiliza la observación), consumo de alcohol, recibió hormonas.
- 10- Lactancia materna se marcará la opción que corresponda si o no.
- 11- Tiempo de lactancia se completará en forma numérica los meses que amamantó a su hijo (el tiempo más prolongado si tiene más de un hijo).
- 12- Apoyo de la pareja en el cuidado de su salud, se completará: si no, tomando en cuenta lo que manifestará la entrevistada.
- 13- Interesa conocer los motivos influyentes en la no realización del AEM mensual, por lo cual se plantean las siguientes opciones: no se planteo el tema, no conoce el AEM, el médico nunca se lo propuso, falta de tiempo, no sabe realizarlo, falta de privacidad, no lo considera necesario, temor, vergüenza, no toca su cuerpo, la opción otros incluye otros motivos a especificar.

ANEXO N° 5

Cuestionario

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cuestionario Anónimo

Fecha: ____/____/____

Edad:

Tiene pareja: SI ☐
NO ☐

Nivel de Instrucción: Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Analfabeta ☐
Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐
Terciaria incompleta ☐ Terciaria completa ☐

Frecuencia de consulta ginecológica: Menos de un año ☐
Anualmente ☐
Más de un año ☐
Nunca ☐

Conoce el A.E.M: SI ☐ NO ☐

Sabe realizarlo: SI ☐ NO ☐

Considera importante el AEM SI ☐
NO ☐

Fuente de información: ☐ Médico
☐ Enfermería
☐ Lo vio por televisión
☐ Folletería
☐ Otros

Factores de Riesgo: ☐ Antecedentes Familiares
☐ Menarca Precoz
☐ Nuliparidad
☐ Primoparidad Tardía
☐ Antecedentes personales de Mama
☐ Obesidad androide
☐ Consumo de alcohol
☐ Recibió hormonas

Motivo de No Realización del AEM

Amaniantó: SI ☐ NO ☐

Cuántos meses: ☐☐

Su pareja la apoya en el cuidado de su Salud: ☐ SI NO ☐

¿Cómo?.....

Motivo Influyente en la no realización mensual del Autoexamen

- ☐ No se planteó el tema
- ☐ No conoce el Autoexamen de mama
- ☐ El médico nunca se lo propuso
- ☐ Falta de tiempo
- ☐ No sabe realizarlo
- ☐ Falta de privacidad
- ☐ No lo considera necesario
- ☐ Temor
- ☐ Vergüenza
- ☐ No toca su cuerpo
- ☐ Otros

ANEXO N° 6

Prueba piloto.

Objetivo general.

Obtener datos que permitan validar el instrumento de recolección de los mismos y corregir errores o dificultades.

Objetivos específicos.

- Aplicar el instrumento de recolección de datos a una fracción del universo en estudio.
- Realizar las correcciones que sean pertinentes para lograr mejorar el instrumento.

Material y métodos.

Para realizar la prueba piloto se obtuvo una muestra por conveniencia de 20 entrevistadas. La recolección de datos se llevo el día 3 de julio de 2007 en la sala de espera del Hospital Dr. Manuel Quintela en el primer piso en horario de la mañana.

Comentarios.

La realización de la prueba piloto tuvo como propósito cumplir uno de los requisitos del instrumento de medición que es comprobar la validez del mismo.

Durante la aplicación no surgieron dudas con respecto al entendimiento por parte de las entrevistadas.

ANEXO N° 7

Folleto

Autoexamen de mamas

Existen formas efectivas de detectar el Cáncer de Mama a tiempo y tratarlo exitosamente. El primer paso es el Autoexamen, que debe ser realizado a partir de los 18 años, una vez al mes, una semana después de la menstruación o un día fijo de cada mes cuando no hay menstruación.

1. Inspección Visual

Frente a un espejo, observe el aspecto de los senos. Compárelos y busque posibles alteraciones en su contorno, bultos, durezas, retracción del pezón o de la piel, ulceraciones, secreciones de leche o de otros líquidos.



2. Palpación

Puede realizarla acostada en la ducha.

Con la yema de los dedos, presione suavemente en forma circular alrededor de todo el busto. Preste atención si hay presencia de bultos inusuales. Presione el pezón y observe si hay secreción. Después levántelo para comprobar que no haya adherencias y tenga movilidad.



Presione sobre la axila mas firmemente que en el caso anterior para poder localizar algún posible bulto.

Universidad de la
república.
Facultad de enfermería.

Ante cualquier
duda acérquese
al equipo de
salud que podrán
orientarla.

“Se participe de
tu salud,
conociéndote y
cuidándote”.

Estudiantes de Lic. de
enfermería.
Julio 2007.

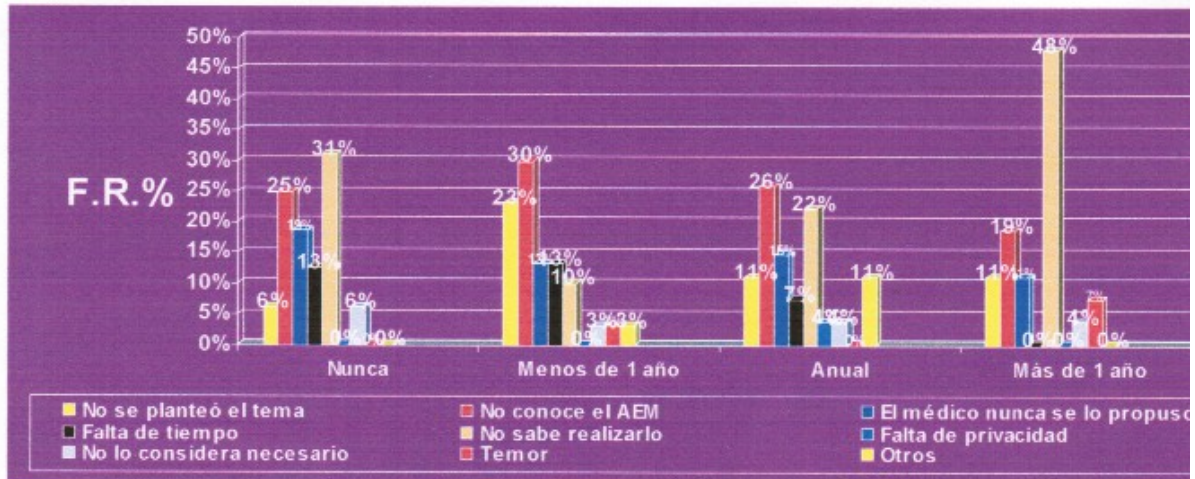
ANEXO N° 8

Tabla N° 16 Motivo de no realización en relación a Frecuencia de Consulta Ginecológica

Motivo	Frecuencia de Consulta Ginecológica									
	Nunca		Menos de 1 año		Anual		Más de 1 año		Total	
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%
No se planteó el tema	1	6,2%	7	23,3%	3	11,1%	3	11,1%	14	14%
No conoce el AEM	4	25%	9	30%	7	25,9%	5	18,5%	25	25%
El médico nunca se lo propuso	3	18,7%	4	13,3%	4	14,8%	3	11,1%	14	14%
Falta de tiempo	2	12,5%	4	13,3%	2	7,4%	0	0%	8	8%
No sabe realizarlo	5	31,2%	3	10%	6	22,2%	13	48,1%	27	27%
Falta de privacidad	0	0%	0	0%	1	3,7%	0	0%	1	1%
No lo considera necesario	1	6,2%	1	3,3%	1	3,7%	1	3,7%	4	4%
Temor	0	0%	1	3,3%	0	0%	2	7,4%	3	3%
Otros	0	0%	1	3,3%	3	11,1%	0	0%	4	4%
TOTAL	16	100%	30	100%	27	100%	27	100%	100	100%

Fuente: Entrevista de Enfermería en el período entre 9 al 13 de julio de 2007 en el Centro de Salud Badano Repetto en Montevideo.

Gráfica N° 16 Motivo de no realización en relación a Frecuencia de Consulta Ginecológica



Lo más relevante que se observa y preocupa es que el 30% no conoce el AEM y concurren a la consulta ginecológica en un período menor al año; el 26% concurre anualmente y no conoce el AEM.

ANEXO Nº 9

CRONOGRAMA DE GANT

	Octubre 2005	Noviembre 2005	Diciembre 2005 Marzo 2006	Abril – Setiembre 2006	Octubre 2006 Abril 2007	Mayo 2007	Junio 2007	Julio 2007	Agosto 2007	Setien 200
Definición del tema y problema										
Tutoría										
Revisión del problema Tutoría										
Definición del tema y problema										
Receso										
Definición del tema y problema										
Fundamentac ión y Justificación										
Determinar objetivos y metas										
Revisión bibliográfica										
Tutoría										
Marco conceptual										
Variables										
Plan de Análisis										
Creación de instrumento de recolección de datos										
Recolección de datos										
Tabulación de datos										
Análisis de los datos obtenidos										
Redacción del Informe final										