



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

INFORMACIÓN Y PUESTA EN PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS EN MUJERES JÓVENES DE RESIDENCIAS ESTUDIANTES SITAS EN MONTEVIDEO.

AUTORES:

Br. Benítez, Cristina
Br. Caími, Eduardo
Br. Echenique, María
Br. Rosa, Roxana

TUTORES:

Lic. Enf. Berrenechea, Cristina
Lic. Enf. Lacava, Esther

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

Montevideo, 2001

INDICE

<u>INTRODUCCION</u>	1
<u>MARCO TEORICO</u>	2
ADULTO JOVEN	2
GLANDULA MAMARIA	3
PATOLOGIAS BENIGNAS	4
PATOLOGIAS MALIGNAS	5
AUTOEXAMEN DE MAMA	7
ENFERMERIA COMUNITARIA	9
<u>AREA PROBLEMA</u>	10
<u>PROBLEMA</u>	11
<u>OBJETIVOS</u>	11
<u>DISEÑO METODOLOGICO</u>	12
RESUMEN	12
I-TIPO DE ESTUDIO	12
II- UNIVERSO	12
III-VARIABLES	13
IV- METODOS E INSTRUMENTO	15
V- PROCEDIMIENTO	15
VI- PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS	16
<u>RESULTADOS Y ANALISIS</u>	17
<u>CONCLUSIONES</u>	24
<u>PROPUESTAS</u>	25
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	26
<u>ANEXOS</u>	27
ANEXO I - INSTRUCTIVO E INSTRUMENTO	
ANEXO II - CARTA DE SOLICITUD PARA LA EJECUCION	
ANEXO III - CUADROS Y GRAFICAS	

INTRODUCCION

El presente trabajo fue elaborado por 4 estudiantes de licenciatura en enfermería perteneciente al Instituto Nacional de Enfermería (asimilado a facultad) como requisito curricular de la profesión.

Surge el interés de conocer la información y puesta en práctica del autoexamen de mamas en adultos, a partir de experiencias en 1º y 2º nivel de atención durante el transcurso de la carrera; en donde se brindó asistencia a usuarias mastectomizadas con cirugía parcial y radical las cuales presentaron déficit de conocimiento sobre el autoexamen de mamas.

Considerando la totalidad de las causas de mortalidad, en nuestro país, los tumores malignos ocupan el segundo lugar. Dentro de los cuales, el cáncer de mama (C.M), constituye por lejos, la causa de muerte más frecuente en la mujer. En el bienio 1996- 1997, según datos aportados por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, se registraron 3460 casos nuevos, de los cuales 28 corresponden al intervalo de edades entre 20 y 29 años. A partir de datos obtenidos por el Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública (M.S.P), en el año 1999 se notificaron 587 causas de defunción por C.M.

El Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRO.NA.CAM), fue instaurado por el M.S.P en 1991, dado que el mismo acota a dicha patología como problema prioritario de salud, convoca a policlínicas, Centros de Salud Pública e Instituciones Privadas a incorporarse al mismo, y a realizar trabajos sobre Diagnóstico Precoz de Patología Mamaria.

La sensibilización de la población sobre como y porqué debe realizarse el autoexamen de mamas está implícito en el rol del licenciado en enfermería. Abordando líneas de trabajo desde un nivel de prevención secundaria, siendo capaz de crear y promover estrategias que incluyan a los individuos en el cuidado de su propia salud.

El autoexamen de mamas es una técnica de autocuidado sencilla, de fácil abordaje por su ubicación anatómica; se realiza mediante inspección y palpación.

Se seleccionó al adulto joven, considerando que son un conjunto de individuos saludables, la incidencia de enfermedades es baja, la mayor preocupación es sobre el cuerpo, son capaces de asumir la mayor parte de la responsabilidad de su propia salud. Hacer énfasis durante este periodo puede ser positivo en estadios posteriores dado que en el mismo se reafirman las actitudes y comportamientos que perduran toda la vida.

La investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal. Se realizó en residencias estudiantiles de Flores, Rivera y Tacuarembó sitas en Montevideo; en el periodo comprendido entre Julio - Agosto 2001.

El método utilizado para la recolección de datos fue una entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a un total de 99 estudiantes.

Del resultado de la misma se puede adelantar que de la población total, aproximadamente: la mitad se realiza el A.E.M; tres cuartos está informada sobre la técnica; en relación a la puesta en práctica existen quienes lo realizan de manera incorrecta por omitir alguno de los pasos.

MARCO TEORICO

ADULTO JOVEN

DEFINICION: Período de transición entre el final de la adolescencia y el adulto mayor; el crecimiento físico llega a su fin, continua con la maduración cognitiva, social y emocional. Los límites precisos son difíciles de definir, pero normalmente se considera que comienza con el cese de crecimiento corporal entre los 18 - 20 años y finaliza aproximadamente a partir de los 35 años.

CARACTERES

Los jóvenes deben tener oportunidades para enfrentar problemas propios y de su entorno, imaginar posibilidades de soluciones, tomar el riesgo de ejecutarlas y asumir las consecuencias de sus acciones, las cuales deben ser reconocidas como soluciones transformadores de una realidad.

Los jóvenes ya no se restringen a lo real y actual, se interesan por lo posible, especulan con el futuro, imagina secuencias de acontecimientos posibles, trabajos probables, relaciones con los padres, con la pareja, cambios corporales, estado de salud, etc.

En éste momento sus pensamientos pueden regirse por principios lógicos y no solo por sus propias percepciones y experiencias, en éste periodo cada vez son más capaces del razonamiento científico de lógica formal. De ésta manera se produce una interacción, donde el medio afecta su conducta y sus conductas modifican el medio, convirtiéndose así en un agente de cambio de sus pares, familia y comunidades.

Son individuos saludables, la incidencia de enfermedades es baja durante éste periodo de edad, pero en cambio, la mayor preocupación es sobre el cuerpo, sobre su autoimagen o sea la concepción física y mental que cada persona tiene de sí misma. La conciencia del cuerpo y de los rasgos físicos como ser individual se van adquiriendo en un proceso de desarrollo evolutivo, físico y psíquico. Los mismos como colectivo ansían aprender acerca de ellos mismos, reflexionan sobre sus propios pensamientos y los ajenos, son capaces de asumir la mayor parte de la responsabilidad de su propia salud, incluidas las prácticas saludables (control odontológico, controles de salud, realización del A.E.M, etc.).

Se debe considerar que en este período de vida el cáncer de mamas no es una de las patologías mas frecuentes, la morbimortalidad en las mujeres jóvenes competen mayoritariamente a patologías hematológicas. Al tratar las necesidades de asistencia sanitaria de los adultos jóvenes el personal de enfermería debe considerar la prevención de los traumatismos, la disminución del consumo de tabaco y alcohol, dieta balanceada, ejercicio físico, prácticas sexuales y hábitos de seguridad, detección precoz de enfermedades, etc.

La promoción de la salud de los jóvenes se realiza fundamentalmente mediante la enseñanza y el asesoramiento, componentes esenciales de la promoción del bienestar.

Hacer un fuerte énfasis en la prevención durante este período de la vida, puede ser positivo en estadios posteriores, dado que en ésta etapa no tan rígida, se reafirman las actitudes y comportamientos que perduran toda la vida e influirán en su salud de adultos y en la de sus hijos

GLANDULA MAMARIA

Es una glándula de secreción exócrina de carácter sexual secundario, desempeña un rol capital en la sexualidad. Como región es figura sexual y esencial para la atracción del sexo opuesto, como zona erógena es estímulo de la libido.

Se desarrolla en la menarquía e involuciona luego de la menopausia, durante ese período sufre cambios continuos de estructura y función, cíclicos o periódicos, dependientes de la función ovárica, folicular y lútea antecesoros a la posible lactancia.

ESTRUCTURA

Compuesta por diversos tejidos organizados. Presenta límites bien configurados y prominencias en la base pectoral y vértice mamelonar.

Los componentes estructurales comprenden: tejido epitelial, conjuntivo, adiposo, colágeno, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos.

El epitelio se dispone de manera canicular formando el galactóforo. Un exoesqueleto conjuntivo rodea la capa epitelial del sistema acino-galactóforo. Las fibras elásticas brindan distensibilidad y retractibilidad.

El tejido adiposo cumple la misión de albergar a la glándula, formando una almohadilla de amortiguación, oficia a la vez de bolsa térmica y envoltura elástica retráctil.

Rodeando los acinos se encuentra una densa red capilar, la cual provee la irrigación necesaria para la función secretora.

A través de los tabiques conjuntivos interlobares transcurren los linfáticos llegando a la periferia mamaria. La inervación es abundante y diversa.

Un músculo sub y periareolar rodea los galactóforos y contribuye a la eyección láctea.

FUNCION

La función glandular es la producción láctea, la cual comienza al culminar el embarazo, por lo tal se prepara progresivamente para recibir al recién nacido con disponibilidad en cantidad y calidad apropiadas para su alimentación.

La funcionalidad de la glándula difiere con relación a tres momentos:

- lactancia
- embarazo
- ciclos menstruales

Durante los ciclos menstruales progresivamente los galactóforos sufren hipertrofia y hiperplasia debido a la acción estrogénica.

PATOLOGIAS BENIGNAS

Las causas de los trastornos benignos de la mama no son bien conocidas. Los estrógenos son los responsables del epitelio ductal, mientras que la progesterona es la responsable de la proliferación lóbulo alveolar de la mama.

Un desequilibrio de éstas dos hormonas durante la fase luteínica de la ovulación puede producir nodularidad y mastalgia. Son mas frecuentes entre la menarquía y la menopausia en las que se produce una mayor inestabilidad hormonal y tiene lugar ciclos anovulatorios. Varían según la fase de desarrollo de la mujer:

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Habitualmente se experimenta inflamación y dolor durante los ciclos hormonales durante la edad fértil. Si éstos síntomas persisten y se intensifican puede aparecer nodularidad y mastalgia.

Nodularidad: pequeño abultamiento a menudo asociados con dolor, puede ser bilateral, pero lo habitual es que una mama sea más nodular que otra.

Mastalgia: Dolor o escozor continuo, sensación difusa y persistente que se puede hacer más intensa durante la ovulación y en la premenstruación. Acaba de desaparecer en la menopausia. La secreción por el pezón suele aparecer en mujeres mayores de 50 años.

MASTOPATIA FIBROQUISTICA

Definición: Trastorno más frecuente de la mama, presenta cambios fibroquísticos del tejido fibroso mamario, a menudo con quistes llenos de líquido.

Manifestaciones clínicas: Los cambios incluyen abultamientos en las mamas, mastalgia y secreción ocasional.

Los bultos y el dolor son más evidentes antes de la menstruación.

A la palpación, los quistes (bultos), son blandos, bien diferenciados y móviles, los quistes profundos pueden aparecer duros. Pueden ser únicos o múltiples. Son habituales en mujeres desde los 30 años de edad hasta la menopausia.

Tratamiento: El diagnóstico se basa en la historia y la exploración física. La mamografía y la ecografía, se utilizan para diferenciar los quistes de los tumores sólidos.

Los quistes se aspiran como medida terapéutica con una aguja y jeringa para vaciarlos, el líquido se envía para examen citológico.

Pueden reaparecer los quistes en la zona y las aspiraciones repetidas son ineficaces, se extirpa quirúrgicamente.

FIBROADENOMA

Definición: Abultamiento de tejido fibroso y glandular, segundo trastorno habitual de la mama. Tumor mamario más frecuente, entre las mujeres menores de 25 años, puede estar relacionado con los cambios hormonales de la menarquía.

Manifestaciones clínicas: Son masas bien delimitadas, móviles, firmes y redondeadas, aunque pueden calcificarse, haciéndose duras a la palpación. Debido a la influencia de los ciclos menstruales, pueden aumentar de tamaño durante la premenstruación y el embarazo.

Tratamiento: El diagnóstico se realiza mediante exploración física y anamnesis. Puede emplearse la mamografía para observar las características de una masa concreta. Si una masa es dudosa, se debe realizar biopsia para descartar malignidad. Puede extirparse si los síntomas son graves.

ECTASIA DE LOS CONDUCTOS MAMARIOS

Definición: Se produce cuando los conductos se dilatan y queda retenido líquido en los mismos.

Manifestaciones clínicas: Se caracteriza por la inflamación del conducto por detrás del pezón y por engrosamiento ductal provocados por detritus y líquido.

Aunque comienza con la inflamación de los conductos, la fibrosis y engrosamiento ductal permanecen al desaparecer la misma.

Uno de los síntomas son prurito en el pezón y dolor subarcolar que puede aumentar antes de la menstruación.

La secreción por lo general es intermitente y sin patrón cíclico puede ser densa, serosa y de coloración blanquecina, sanguinolenta, verde o verde parduzco. No suele requerir tratamiento, pero puede ser necesario antibióticoterapia si los conductos se infectan.

PATOLOGIAS MALIGNAS

CARCINOMA

Es el cáncer más frecuente en el sexo femenino, y de todas las mujeres que fallecen por cáncer, una de cada cinco fallecen de cáncer mamario a nivel mundial. Uruguay ocupa el 8º lugar en el mundo por cáncer de mama.

El diagnóstico debe de ser efectuado de manera precoz, así mejorarán los resultados terapéuticos. Así se podrá detectar el nódulo en mama lo más tempranamente posible, este puede ser maligno y ante el mismo, no se debe perder tiempo, se le extirpará previa biopsia, estudio histológico y mamográfico, en caso de encontrarse una anomalía en la imagen de la mamografía en una usuaria de alto riesgo, las investigaciones y las medidas a tomar deben ser hechas de inmediato; en las mujeres de bajo riesgo ante una imagen dudosa, se repetirá la mamografía a los seis meses para ver su evolución.

FACTORES DE RIESGO

El Programa Nacional de Cáncer de mama (PRONACAM) clasifica a los factores de riesgo en:

Factores mayores:

- ♦ Antecedentes familiares: de cáncer de mama en madres, hijas o hermanas.
- ♦ Antecedentes ginecológicos:
 - Menarca precoz, antes de los 12 años.
 - Menopausia tardía después de los 55 años.
 - Nuliparidad o primoparición tardía, luego de los 30 años.
- ♦ Antecedentes patológicos:
 - Cáncer de mama previo, incluyendo carcinoma in situ.
 - Displasia mamaria proliferativa (hiperplasia epitelial.)
 - Cáncer de ovario o endometrio.
 - Obesidad: tipo androide en las postmenopausicas, con una relación entre la cintura y la cadera de 0.80.

Factores menores:

- ♦ Antecedentes ginecológicos: anovulación, no lactancia, estrógenoterapia sustitutiva.
- ♦ Factores dietéticos: dietas ricas en grasas y carnes, carenciadas en ácido retinoico o en selenio.
- ♦ Radiaciones ionizantes.

DIAGNOSTICO, DETECCION PRECOZ, METODOS

Al encontrar un tumor mamario ya la etapa es tardía. En la mama no existe como en el cáncer de cuello uterino la posibilidad de descubrirlo en etapa temprana, asintomática, siempre es un nódulo indoloro que se descubre por casualidad en un autoexamen, al palparse las mamas.

DIAGNOSTICO PRECOZ $\Rightarrow$ MEJOR CURACION

Hay que descubrir el tumor lo antes posible, del tamaño más pequeño, mediante:

- 1) Examen médico y autoexamen.
- 2) Mamografía bilateral.
- 3) Ecografía mamaria
- 4) Biopsia mamaria.

MAMOGRAFIA

La mamografía permite un diagnóstico precoz correcto, 9 de cada 10 ocasiones da las características del cáncer de mama, nos dice si el tumor es benigno o maligno en 24 horas. La cantidad de rayos que recibe la paciente es muy pequeña y no daña la salud, no produce dolor.

ECOGRAFIA

Ultrasonografía de la mama, consiste en una emisión de una onda de ultrasonido a través de los tejidos que al encontrar un tejido de impedancia acústica diferente, se refleja originando una onda o eco que es captada y amplificada por un osciloscopio de rayos catódicos. No produce molestias, diagnostica un tumor sólido y/o quístico.

BIOPSIA

Lo realiza el anatómo - patólogo, da indicio de la malignidad o benignidad del tumor. Esto orientará la conducta del cirujano para la intervención quirúrgica.

La combinación de los métodos permiten encontrar tumores muy pequeños, para el estudio del cáncer de mama. El 99% traducen una excelente fiabilidad. En las mujeres de alto riesgo debe realizarse un examen médico y una mamografía cada seis meses. La mamografía y la palpación de las mamas permiten hacer el diagnóstico de cáncer de mama en un 90%.

DESARROLLO Y PROPAGACION

El nódulo maligno de la mama tiende a propagarse una vez que rompe la membrana basal del epitelio de la glándula mamaria, invade los ganglios de la región por vía linfática; así como también la vía vascular, dando metástasis a distancia al desprenderse las células neoplásicas de la masa tumoral afectando órganos importantes como lo son: hígado, pulmón, cerebro y huesos.

AUTOEXAMEN DE MAMA

DEFINICION: Técnica mediante la cual la mujer explora sus mamas y estructuras accesorias a través de la observación y palpación, en busca de alteraciones.

Es un método seguro y sencillo, el cual, permite detectar anomalías en sus primeros estadios, favoreciendo un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Toda mujer debe realizarse un autoexamen de mamas una vez por mes luego de la menstruación. En el caso de la mujer menopausica deberá elegir un mismo día todos los meses.

BENEFICIOS

- 1) Incremento de probabilidad de curación.
- 2) Tratamiento quirúrgico mediante la cirugía denominada "conservadora".
- 3) Menor necesidad de tratamientos postoperatorios agresivos

El comienzo de la realización de la técnica debe ser a partir de la adolescencia. El periodo propicio para su aplicación son 5 días posteriores a la menstruación aproximadamente. La exploración frecuente de las mamas permite a la mujer conocer su morfología y límites.

ETAPAS

- Inspección
- Palpación

La inspección debe efectuarse desnuda desde la cintura, observándose de pie frente al espejo con adecuada iluminación. Se buscaran cambios de tamaño y morfología, alteraciones de la superficie (inflamación, erupción, hoyuelos, venas dilatadas, desplazamiento o retracción del pezón). El cambio de posición de los brazos permite poner en manifiesto dichas alteraciones.

La palpación es válida en las posiciones:

- Parada
- Sentada
- Acostada

La posición acostada es la más recomendada, deberá buscar una posición cómoda, sobre una superficie dura con una almohada o toalla doblada debajo del hombro, elevando ligeramente el lado a explorar.

Existen dos modalidades de palpación:

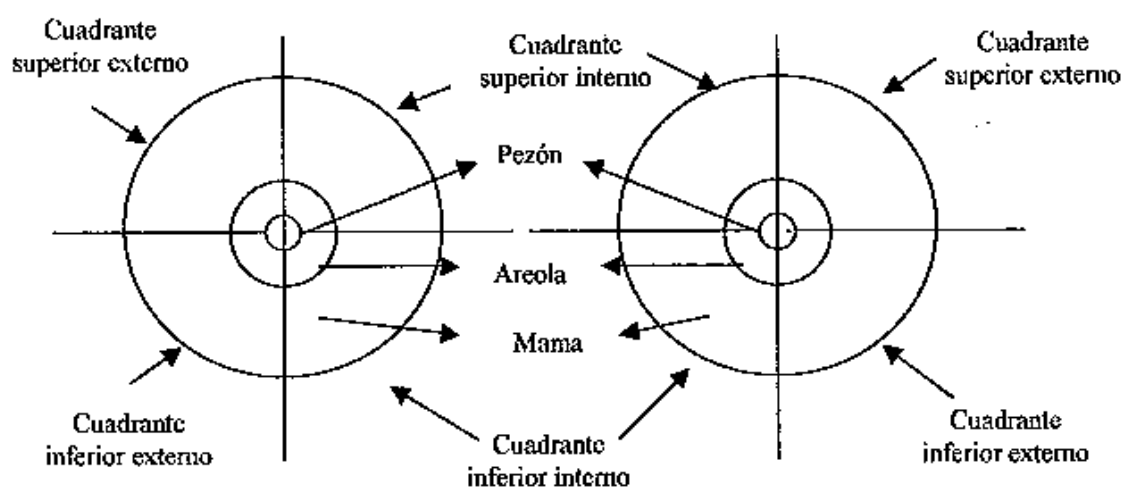
- Concéntrica: del hueco supraclavicular hasta el pezón.
- División de la mama en cuatro cuadrantes, palpando cada uno de ellos por separado.

Los movimientos durante la palpación deben ser circulares, suaves, lentos con la punta y parte plana de los dedos índice, mayor y anular. Buscando nódulos o bultos; así como también, secreciones a la compresión del pezón.

Se deberá palpar:

- Cuerpo, pezón y areola.
- Prolongación mamaria
- Huevo axilar.

Dicha técnica debe realizarse en ambas mamas.



ENFERMERIA COMUNITARIA

Dentro del campo de responsabilidad de los enfermeros se encuentra implícito un rol fundamental: la tarea de difundir cuidados propios de salud, bajo una perspectiva integral tanto en el área individual como en la comunidad, brindando atención a colectivos sanos o en situación de riesgo.

Enfermería actúa en diferentes niveles de prevención, promoción, asistencia, rehabilitación; etc. La puesta en práctica del autoexamen de mamas pertenece a un nivel de prevención secundaria, la cual se basa en la detección de enfermedades y factores de riesgo en estadios precoces del proceso salud - enfermedad.

Las actividades que competen a enfermería y al equipo de salud están encaminadas a involucrar a la usuaria en su propio cuidado, mediante actuaciones que permitan sensibilizar a la población sobre cómo y por qué debe realizarse el autoexamen de mamas.

Definición: Profesional responsable que investigando en conjunto con la población; detecta y aborda las necesidades, intereses y problemas. Posee conocimientos, habilidades técnicas, actitud apropiada y aspectos éticos; para brindar atención en los lugares donde viven, trabajan o estudian; etc.

Desempeña las funciones de:

- asistencia
- docencia
- investigación

AREA PROBLEMA

El problema se identificó a partir de la propuesta planteada por integrantes del equipo los cuales durante sus experiencias prácticas curriculares trabajaron con usuarias mastectomizadas y vivenciaron el impacto biosicosocial que esta agresión origina, captando un déficit de conocimiento sobre el método de autocexamen de mamas (A.E.M.), así como también la detección tardía de la tumoración mamaria. Como consecuencia se llega así a un tratamiento radical como lo es la mastectomía, en donde la cirugía no solo constituye un problema físico, sino también se refleja en los aspectos más íntimos de la personalidad femenina.

La problemática del cáncer de mama ha adquirido una magnitud internacional, Uruguay se ubica en el 2º lugar de los países subdesarrollados según las tablas internacionales de la American Cancer Society. A nivel nacional es el cáncer mas frecuente en el sexo femenino, lo cual se refleja en datos obtenidos en el bienio 1996-1997, por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, donde se diagnosticaron 3460 casos nuevos, correspondiendo 28 casos al intervalo de edad de 20 a 29 años. Según datos del año 1999 proporcionados por el Departamento de Estadística del M.S.P se notificaron a nivel nacional 587 causas de defunción por C.M.

Se decidió el trabajo con mujeres jóvenes, dado que los mismos deben tener oportunidades para enfrentar problemas propios y de su entorno, imaginar posibles soluciones, tomar el riesgo de ejecutarlas y de asumir las consecuencias de sus acciones. Se produce una interacción en donde el medio afecta sus conductas y sus conductas modifican el medio, convirtiéndose así en un agente de cambios de sus pares, familia y comunidades.

Durante este periodo la incidencia de enfermedades es baja, se debe considerar que la Neoplasia Mamaria no es una de las patologías mas frecuentes en la población seleccionada, siendo las Hematooncológicas las causales de la morbilidad.

Hacer un fuerte énfasis de la información en este periodo de la vida puede ser positivo en estadios posteriores, dado que en esta etapa no tan rígida, se reafirman las actitudes y comportamientos que perduran toda la vida en su salud de adultos y en la de sus hijos.

Según el modelo de enfermería de Dorothea Orem, el autocuidado es una tarea que el individuo inicia y realiza personalmente para conservar su vida, salud y bienestar. Contribuye a preservar y fomentar la integridad estructural, la función y el desarrollo.

El A.E.M es una técnica sencilla, segura y fácil de llevar a cabo debido a que la glándula mamaria es un órgano anatómicamente de fácil acceso por su ubicación, permite la observación y palpación. La puesta en práctica de la técnica del A.E.M pertenece a un nivel de prevención secundaria debido a que su objetivo es "lograr mediante la participación de los individuos la detección de anomalías en las glándulas mamarias.

Enfermería como profesional e integrante de un equipo multidisciplinario de salud tiene como prioridad la promoción del autocuidado, así como también la prevención de enfermedades.

Se decidió el trabajo con jóvenes de Residencias Estudiantiles, por su accesibilidad geográfica, la población femenina es relativamente representativa, las autoridades de las residencias muestran interés en la temática planteada y es una población que permanece todo el año en Montevideo.

PROBLEMA

¿Conocen y practican el autoexamen de mamas las mujeres jóvenes que habitan en residencias estudiantiles sitas en Montevideo en el periodo comprendido entre Julio - Agosto de 2001?

OBJETIVOS

GENERAL:

- ❖ Conocer la información y puesta en práctica del autoexamen de mamas por las mujeres jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 29 años que habitan en residencias estudiantiles de Flores, Rivera y Tacuarembó sitas en Montevideo.

ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar el grado de información que presentan sobre el autoexamen de mamas.
- ❖ Conocer los pasos empleados durante la aplicación del autoexamen de mamas.

DISEÑO METODOLOGICO

RESUMEN

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, el área de estudio abarca las residencias estudiantiles de Rivera, Flores y Tacuarembó, sitas en Montevideo. La población en estudio fueron 99 estudiantes con edades comprendidas entre dieciocho y veintinueve.

La ejecución de la misma fue realizada por estudiantes de Licenciatura de Enfermería, en un período aproximado de quince días, mediante la utilización de una entrevista semi-estructurada previamente, con preguntas de respuesta múltiple, dicotómicas, abiertas y cerradas.

I-TIPO DE ESTUDIO

- 1) Según el período y secuencia del estudio; Transversal : estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- 2) Según el análisis y alcance de los resultados; Descriptivo: esta dirigido a determinar "cómo es o cómo está la situación de las variables". La frecuencia con que ocurre un fenómeno, en quiénes, dónde y cuándo se presenta.

II- UNIVERSO

El 100% de las mujeres (99 estudiantes), entre 18 a 29 años, que habitan en residencias estudiantiles seleccionadas, sitas en Montevideo.

Del relevamiento poblacional de todas las residencias estudiantiles públicas sitas en Montevideo, se seleccionaron por conveniencia las residencias de Flores, Rivera y Tacuarembó, dado que la sumatoria permite llegar a un número mayor.

RELEVAMIENTO DE RESIDENCIAS ESTUDIANTILES PUBLICAS SITAS EN MONTEVIDEO

Cuadro N° 1 Distribución de la población de las residencias estudiantiles sitas en Montevideo.

RESIDENCIAS ESTUDIANTILES.	POBLACIONAL TOTAL	POBLACION FEMENINA
ARTIGAS	50	28
DURAZNO	36	21
FLORES	52	31
FLORIDA	21	12
PAYSANDU	32	16
RIO NEGRO	35	16
RIVERA	64	32
SAN JOSE	32	20
TACUAREMBO	77	38
TOTAL	399	215

Fuente Propia: Relevamiento realizado a residencias estudiantiles Sitas en Montevideo, en el mes de junio de 2001.

III-VARIABLES

En función del objetivo planteado se han definido las siguientes variables:

Definición Conceptual y Operacional:

Realización de autoexamen de mama. (Variable Cualitativa.)

Se refiere el llevar a cabo la técnica exploratoria que realiza la propia usuaria, en áreas que abarcan la mama, hueco axilar y prolongación del cuerpo mamario.

Indicador:

SI

NO

Frecuencia.. (Variable cualitativa)

Periodicidad con la cual se realizan el AEM.

Indicador:

Mensual

Trimestral

Semestral

Otros

Nivel de información. (Variable cualitativa)

Grado de conocimiento que presentan sobre el AEM.

Indicador:

Alto (9-12 ptos.)

Medio (5-8 ptos)

Bajo (1-4ptos.)

Los puntos serán obtenidos a partir de las variables determinadas para el conocimiento.

A- Observación: visualización frente al espejo. 1 pto.

B- Palpación: a- Cuerpo mamario y su prolongación. 2 pto
b- Areola y pezón. 2 pto
c- Huecoaxilar.2pto
d- Movimientos circulares con la punta y parte plana de los dedos.2pto

C- Posición: parada 1 pto sentada 1 pto acostada palpando con el brazo contrario de la mama a examinar y el otro brazo bajo la cabeza. 2 pto

D- Momento de la realización: si la respuesta es correcta, 1 pto.

Origen de la información de la técnica del Autoexamen de mama. (Variable Cualitativa.)

Fuente por la cual se obtiene la información sobre la técnica del A.E.M.

Indicador:

Lic. Enfermería.

Médico

Auxiliar de enfermería

T.V.

Folletería

Otros

Puesta en práctica de la técnica del Autoexamen de mama. (Variable Cualitativa.)
Aplicación de la técnica a partir de la información que posee la población en estudio

Pasos básicos: A- Observación: visualización frente al espejo

- B- Palpación:
- a- Cuerpo mamario y su prolongación.
 - b- Areola y pezón.
 - c- Hueco axilar.
 - d- Movimientos circulares con la punta y parte plana de los dedos.

Indicador:

Correcto: cumple 5 pasos.

Medianamente correcto: de 3 a 4 pasos.

Incorrecto: menor o igual a 2 pasos.

Motivo de no realización. (Variable cualitativa)

Causa por la cual no se aplica la técnica.

Indicador:

No lo conoce.

No lo cree importante.

Temor.

Otros:(falta de tiempo,olvido,etc)

Factores de Riesgo. (Variable cualitativa)

Características individuales que aumenta la posibilidad de contraer cáncer de mamas, con respecto a la población general.

- 1) Antecedentes familiares directos de cáncer de mamas. (madre, hermanas).
- 2) Antecedentes ginecológicos, menarca precoz.
- 3) Antecedentes patológicos personales (enfermedades patológicas benignas en mamas).

Indicador:

Presenta: 1 factor de riesgo.

2 factor de riesgo.

3 factor de riesgo.

No Presenta factor de riesgo.

Control ginecológico: (Variable Cualitativa)

Instancia de valoración de los órganos sexuales (aparato reproductor y mamas), realizado por un equipo multidisciplinario.

Indicador:

SI

NO

Edad. (Variable cuantitativa)

Tiempo transcurrido desde el momento de nacimiento del encuestado a la fecha de la entrevista medida en años.

Indicadores: 18 -29 años:

18-21

22-25

26-29

Nivel de instrucción. (Variable Cualitativa.)

Educación formal que cursa el individuo en el momento de la encuesta.

Indicador:

U.T.U.

Universidad de la República.

Orientación de la carrera. (Variable Cualitativa)

Elección del individuo con respecto a determinadas áreas de estudio.

Indicadores:

Vinculadas al área salud: Enfermería, Medicina, Nutrición, Odontología, Nutrición, Partera, Escuela de tecnología médica.

No vinculadas al área salud: Derecho, Economía, Ingeniería, Arquitectura.

IV- METODOS E INSTRUMENTO

La ejecución de la investigación fue realizada por estudiantes de Licenciatura de Enfermería, en un período aproximado de quince días, como método para la obtención de la información se utilizó una entrevista semi-estructurada previamente (ver anexo I), con preguntas de respuesta múltiple, dicotómicas, abiertas y cerradas; con observación por parte del entrevistador de la puesta en práctica del A.E.M.

El instrumento estuvo sujeto a un período de prueba, durante un día, con 10 estudiantes del I.N.D.E de la generación 1999.

V- PROCEDIMIENTO

Previo a la ejecución de la investigación se procedió a enviar a las autoridades de las residencias estudiantiles seleccionadas, una carta de solicitud avalada por las docentes tutoras pertenecientes al Departamento de Enfermería Comunitaria, para ingresar a las mismas e implementar las entrevistas, (ver Anexo II).

La recolección de los datos abarcó el período comprendido entre el 27 de julio al 10 de agosto de 2001.

En el momento de presentación e inicio de las entrevistas en las residencias asistió todo el grupo, en posteriores instancias se formaron 2 subgrupos, con cobertura en los diferentes horarios permitidos.

Se abordó a los estudiantes, previa presentación y explicación de la entrevista a ser realizada, especificando su carácter anónimo.

VI- PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Los datos se procesaron y fueron presentados en tablas univariadas y bivariadas de frecuencia absoluta y porcentual, con sus respectivas representaciones gráficas, (ver Anexo III).

El programa informático utilizado fue Microsoft Excel.

RESULTADOS Y ANALISIS

La población total del estudio son 99 estudiantes.

Cuadro Nº1 Distribución de la población según edad.

EDAD	FA	FR %
18 -21	61	61.62
22 -25	37	37.37
26 -29	1	1.01
TOTAL	99	100

Fuente Propia: Entrevista realizada en Residencias Estudiantiles de Flores, Rivera y Tacuarembó sitas en Montevideo Julio - Agosto 2001.

- ♦ Se desprende del cuadro que a medida que se incrementa el rango de edad los valores encontrados decrecen.
- ♦ Con respecto a la formación de las residentes, existe un alto predominio 95.96 % que cursan carreras universitarias; en contraposición de un 4.04 % que cursan U.T.U.
- ♦ En referencia a la orientación de la carrera: se encuentra un 66.67 % que no se vinculan al campo de la salud (derecho, ingeniería, economía, arquitectura, etc.).

Cuadro Nº 2 Distribución de la población según realización de control ginecológico.

CONTROL GINECOLOGICO	FA	FR %
SI	42	42.42
NO	57	57.58
TOTAL	99	100

- ♦ se constata que un valor mayor a la mitad de la población no se realiza control ginecológico.

Cuadro Nº3 Distribución de la población que presenta factores de riesgo según su clasificación.

FACTORES DE RIESGO	FA	FR%
MENARCA PRECOZ	30	68.18
ATC.P.PAT.M.	4	9.09
ATC.FLIA.C.M	10	22.73
TOTAL	44	100

- ♦ el factor de riesgo que predomina con un 68.18 % fue la menarca precoz.

Cuadro N°4 Distribución de la población que presenta factores de riesgo según su clasificación.

FACTORES DE RIESGO	FA	FR%
PRESENTA 1 F.R	40	40.40
PRESENTA 2 F.R	4	4.04
PRESENTA 3 F.R	0	0
NO PRESENTA	55	55.56
TOTAL	99	100

- ♦ de la sumatoria de la población que presenta factores de riesgo se constata que 44.44 % tiene uno o más.

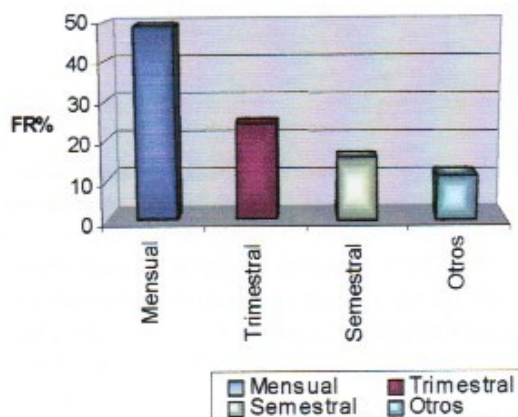
Cuadro N° 5 Distribución de la población total según realización del autoexamen de mamas.

REALIZACION DE AEM	FA	FR%
SI	45	45.45
NO	54	54.56
TOTAL	99	100

- ♦ se desprende del cuadro que un porcentaje menor a la mitad 45.45% se realiza el A.E.M.

Gráfica N°1

Representación de la población que se realiza A.E.M según su frecuencia.



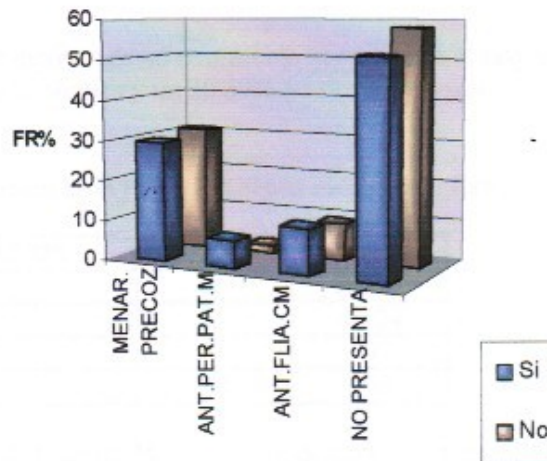
- ♦ Con relación a la frecuencia de realización es relevante que el 15.56% (7) lo efectúan de manera semestral, en tanto el 48.88% lo hace de forma mensual.

Cuadro N°6 Distribución de la población que se realiza el A.E.M según factores de riesgo

F.RIESGO	REALIZACION					
	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
MENAR.PRECOZ	13	29.54	17	30.90	30	30.30
ATC.P.PAT.M	3	6.82	1	1.82	4	4.04
ATC.FLIA.C.M	5	11.36	5	9.10	10	10.10
NO PRESENTA	23	52.28	32	58.18	55	55.56
TOTAL	44	100	55	100	99	100

Gráfica N°2

Representación Gráfica comparativa entre realización y factores de riesgo.



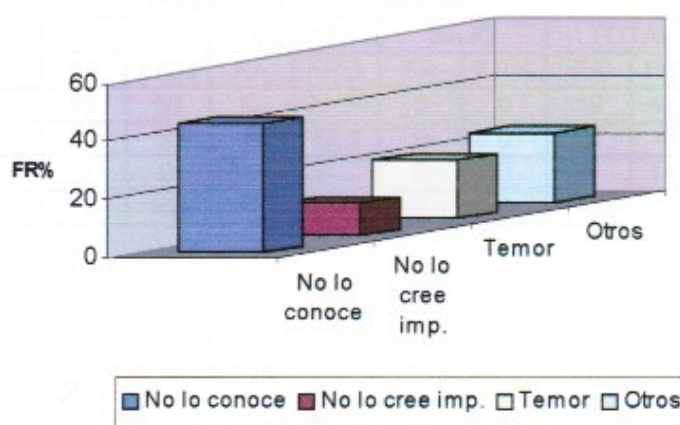
- ♦ De la población que no se realiza A.E.M se destacan:
 - estudiantes con menarca precoz 30.90% (17)
 - con antecedentes personales de patología mamaria 1.82% (1)
 - con antecedentes familiares de neoplasia mamaria 9.10% (5).
- ♦ Con respecto a las estudiantes que presentan y no factores de riesgo, se encuentra que la diferencia no es ostensible en cuanto a la realización del autoexamen; existiendo una leve inclinación a la no realización

Cuadro N° 7 Distribución de la población según motivos de no realización del A.E.M.

MOTIVO DE NO REALIZACION	FA	FR %
NO LO CONOCE	24	44.44
NO LO CREE IMPORTANTE	6	11.11
TEMOR	11	20.37
OTROS	13	24.08
TOTAL	54	100

Gráfica N° 3

Representación gráfica de la población según motivos de no realización



- ♦ Con relación a los motivos de no-realización se encuentra el mayor porcentaje 44.44% (24) refiere no conocer la técnica y un 20.37% (11) refiere temor.

Cuadro N° 8 Distribución de la población según niveles de información.

NIVEL DE INFORMACION	FA	FR%
ALTO	38	50.66
MEDIO	37	49.34
BAJO	0	0
TOTAL	75	100

*Aclaración: N=75 debido a que 24 estudiantes desconocen la técnica.

- ♦ Con referencia a los niveles de información, no se aprecia una diferencia ostensible entre los indicadores alto 50.66% (38) y medio 49.34% (37).

Cuadro N° 9 Distribución de la población según puesta en práctica del A.E.M.

PUESTA EN PRACTICA A.E.M	FA	FR%
CORRECTO	19	42.22
MEDIANAMENTE CORRECTO	21	46.67
INCORRECTO	5	11.11
TOTAL	45	100

*Aclaración: N = 45, debido a que se estudiaron las estudiantes que se realizan el A.E.M.

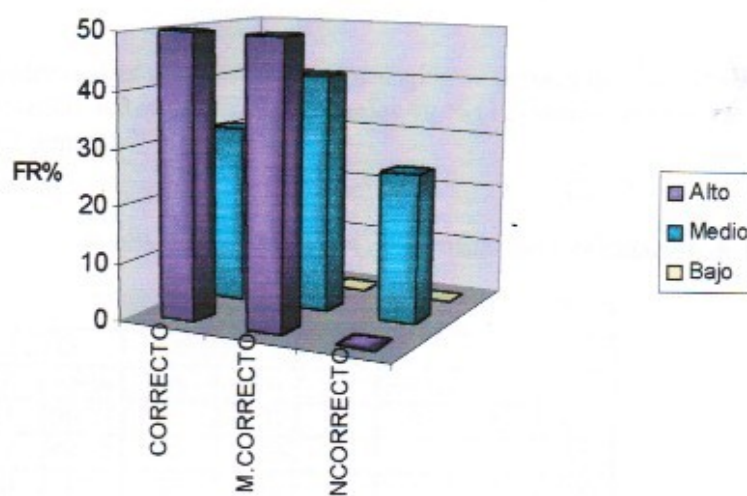
- ♦ Existe un porcentaje de 11.11% (5) que realiza la puesta en práctica de forma incorrecta, debido a que aplican 1 o 2 pasos de la técnica del A.E.M.

Cuadro N° 10 Distribución del Nivel de Información según puesta en práctica.

	NIVEL DE INFORMACION							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
PUESTA EN PRACT.	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
CORRECTO	13	50	6	31.58	0	0	19	42.2
MED. CORRECTO	13	50	8	42.1	0	0	21	46.7
INCORRECTO	0	0	5	26.32	0	0	5	11.1
TOTAL	26	100	19	100	0	0	45	100

Gráfica N°4

Representación gráfica comparativa entre nivel de información y puesta en práctica.



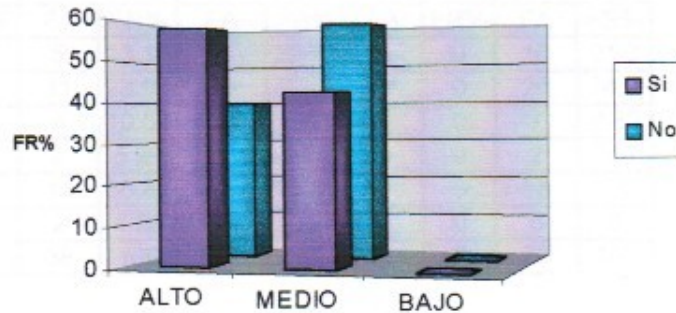
- ♦ Se destaca en la comparación del nivel de información y puesta en práctica que existe un porcentaje apreciable 26.32% (5), de estudiantes que realizan la puesta en práctica del A.E.M incorrectamente (emplea 1 o 2 pasos de un total de 5) encontrándose en un nivel medio de información.

Cuadro N°11 Distribución de la población según realización y nivel de información.

	REALIZACION					
	SI		NO		TOTAL	
NIVEL.INF	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
ALTO	26	57.78	12	40	38	50.67
MEDIO	19	42.22	18	60	37	49.33
BAJO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	45	100	30	100	75	100

Gráfica N°5

Representación gráfica comparativa entre realización y nivel de información.



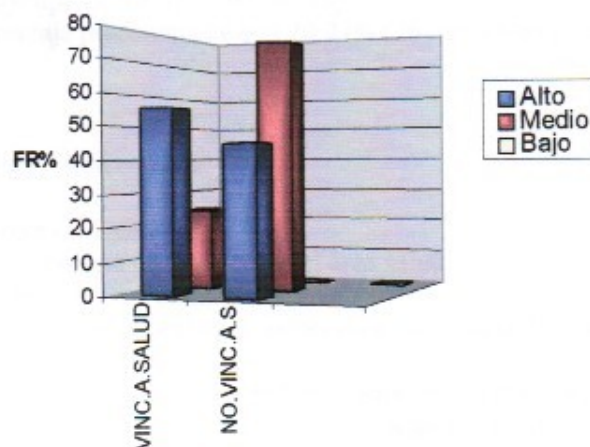
- ♦ De la confrontación entre realización - nivel de información se destaca que las estudiantes que no se realizan presentan información, de los cuales 40 % (12) tienen un nivel alto (obteniendo entre 9-12 puntos).

Cuadro N°12 Distribución de la población según nivel de información y orientación de la carrera.

	NIVEL DE INFORMACION							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
ORIENT.CARRERA	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
VINC.SALUD	21	55.27	9	24.32	0	0	30	40
NO.VINC.SALUD	17	44.73	28	75.68	0	0	45	60
TOTAL	38	100	37	100	0	0	75	100

Gráfica N°6

Representación gráfica comparativa entre nivel de información y orientación de la carrera..



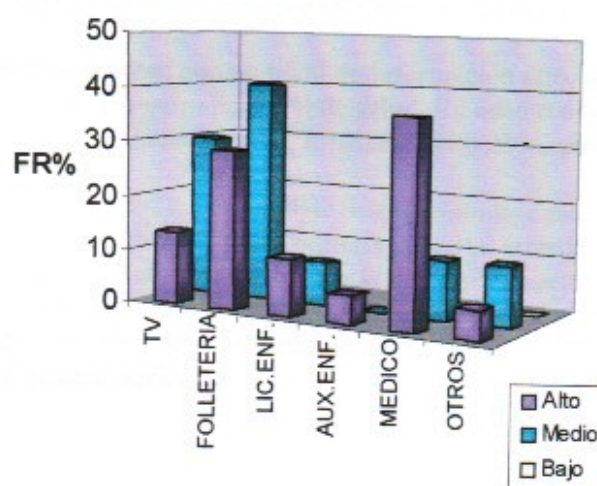
- ♦ Referente al nivel de información y orientación de la carrera se desprenden los siguientes datos:
 - Las vinculadas al área de la salud tienen un 55.27 % (21) un nivel alto de información.
 - Las no vinculadas tienen un 44.73 % (17), un nivel alto de información.

Cuadro N°13 Distribución de la población según nivel de información y fuente de la información.

ORIGEN DE LA INF	NIVEL DE INFORMACION							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
TV	5	13.16	11	29.73	0	0	16	21.3
FOLLETERIA	11	28.95	15	40.54	0	0	26	34.7
LIC.ENF.	4	10.52	3	8.11	0	0	7	9.33
AUX.ENF.	2	5.26	0	0	0	0	2	2.67
MEDICO	14	36.85	4	10.81	0	0	18	24
OTROS	2	5.26	4	10.81	0	0	6	8
TOTAL	38	100	37	100	0	0	75	100

Gráfica N°7

Representación gráfica comparativa entre nivel y origen de la información.



- ♦ De las 75 estudiantes que hacen referencia a tener información se destaca:
 - En un nivel alto, la que fue brindada por el personal de salud (licenciada, médico y auxiliares); con un porcentaje apreciable de 52.63 % (20).
 - En un nivel medio, el porcentaje predominante con 70.27% (26) fue obtenido por medios visuales (T.V y folletería).

En síntesis referido a la población en estudio:

- 95.96% cursan carreras universitarias.
- 66.67% estudian carreras que no se vinculan al área salud.
- más del 50 % no se realiza control ginecológico.
- 44.44% presenta factores de riesgo (entre los mismos predomina, la menarca precoz.).
- 45.45% se realiza el A.E.M.
- la población con y sin factores de riesgo es homogénea, en cuanto a la realización.
- entre los motivos de no realización del A.E.M se encuentran: 44.44% no conoce la técnica, 20.37 % refiere temor.
- 50.66% se encuentra en un alto nivel de información
- dentro de los estudiantes que presentan información, un 52.63% se sitúa en un nivel alto, adquiriendo la misma por personal sanitario.
- de las estudiantes que presentan un nivel medio de información sobre el A.E.M, un 26.32% en el momento de la puesta en práctica lo hace de modo incorrecto

CONCLUSIONES

El estudio realizado permitió cumplir los objetivos, llegando a establecer que un porcentaje mayor a la mitad de las jóvenes que habitan en residencias estudiantiles de Flores, Rivera y Tacuarembó sitas en Montevideo, poseen información sobre la técnica de A.E.M. En relación a la puesta en práctica se constata la presencia de un porcentaje de estudiantes que a pesar de conocer la técnica omiten algunos pasos durante su aplicación por ende su resultado es incorrecto.

Dentro de los motivos de la no realización del autoexamen se encuentra el desconocimiento de la técnica y el temor.

Un porcentaje apreciable de la población que cuenta con factores de riesgo, específicamente antecedentes familiares de Neoplasia Mamaria no se realiza el A.E.M.

Se constata que un valor mayor a la mitad de la población no se realiza control ginecológico.

Con respecto a estudiantes que cuentan con un nivel de información alto, se destaca que un porcentaje apreciable tuvo como fuente el personal de salud. En cuanto al nivel medio, el origen más preponderante fue el de los medios visuales (folletería, televisión, carteles, etc.).

A nuestra consideración, es relevante que toda mujer desde su adultez este informada sobre la técnica del autoexamen de mamas, abordando enfermería desde su área de competencia la promoción del autocuidado con la finalidad de llegar a la detección precoz y oportuna de patologías mamarias. Actuando mediante instancias de sensibilización y capacitación a la mujer o por campañas organizadas en forma de programas de detección precoz. , fomentando la aplicación de la técnica de manera periódica

PROPUESTAS

El foco de atención debe ser la población como un todo, no debe centrarse solo en los grupos que expresen una demanda sino también en aquellos que presenten una necesidad. El enfermero como integrante del equipo de salud debería acercarse y tener contacto con los grupos sociales en el domicilio, lugar de trabajo, centros recreativos, donde se ponen de manifiesto necesidades reales o potenciales de salud.

La población para ser participe de su proceso salud - enfermedad deberá estar informada sobre la naturaleza, significado y signos iniciales de patologías mamarias para acercarse y buscar ayuda precozmente al equipo multidisciplinario.

Por lo tanto se sugieren como futuras propuestas: continuar el trabajo con mujeres jóvenes, indagar sobre las posibles causas de no realización del A.E.M; implementar programas educativos en esta población en lugares de mayor accesibilidad, socializar y trabajar sobre los factores de riesgo, por lo cual dejamos planteado nuestra investigación como punto de partida a futuras líneas de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- ♦ Beare P.; Myere P.: "Enfermería Médico Quirúrgica."; Volumen II; Editorial Mosby-Doyma; 2da. Edición 1995; Barcelona-España.
- ♦ Fuorez Lozano J.: "La mujer ante el cáncer de mama. Aspectos Sicológicos"; Editorial Trecho; 1ª Edición 1991; Barcelona-España.
- ♦ Kozier B. y colabs. : "Enfermería fundamental. Conceptos, Proceso y Práctica."; Editorial Interamericana; 4ta. Edición 1993; Barcelona-España.
- ♦ Lopéz de Vergara M. y colabs. : "Enfermería Psicosocial II"; Editorial Salvat; 1ª Edición 1991; Barcelona-España.
- ♦ Murph G. y colabs. : "Oncología Clínica."; O.P.S; 2da. Edición 1996; Washington-E.U.A.
- ♦ Testa M.: "Pensar en salud."; Editorial Lugar ; Edición 1997; Bs. As.-Argentina.
- ♦ Zurro M.; Lopéz C.: "Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica.", Tomo I; Editorial Harcourtbrace; 4ta. Edición 1999. O.P.S; Washington-E.U.A.
- ♦ Revista científica: "Plan de acción de desarrollo y salud en Adultos Jóvenes de las Américas 1998-2001."; O.P.S; Washington- E.U.A.
- ♦ Revista Nursing; Volumen XVIII N°9 y N°10; Noviembre-Diciembre 2000; Editorial Staf; Edición española.
- ♦ Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer de Mama; julio 1996; M.S.P. Montevideo-Uruguay.
- ♦ Barrios E.; Vasallo J.: "Incidencia del Cáncer en el Uruguay."; Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer 2001. Montevideo-Uruguay.
- ♦ Publicación científica N° 568. : "Prevención Clínica."; 1ª Edición 1998; Washington-E.U.A.
- ♦ Bertoni N.; Serrano C.: "El concepto de riesgo y el cuidado de la salud."; Publicación Científica 1998; O.P.S.; Montevideo-Uruguay.
- ♦ Trabajo Científico: Dávila E. y colabs. : "Neoplasma de mama. Análisis de la situación de enfermería."; 1992 Montevideo-Uruguay.
- ♦ Tesis. Nollemberger V. y colabs. : "Estudio de investigación acerca del nivel de conocimiento sobre la técnica del Autoexamen de mamario."; Diciembre 1999; Salto-Uruguay.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUCTIVO PARA EL ENCUESTADOR

El siguiente formulario fue estructurado para ser implementado en mujeres jóvenes con edad comprendida entre 18 - 29 años que habitan en residencias estudiantiles de Rivera, Flores y Tacuarembó, sitas en Montevideo; durante el tiempo estipulado para la recolección de datos.

En el mismo usted encontrará una serie de preguntas cerradas, dicotómicas, de respuesta múltiple y preguntas abiertas referentes a la realización del Autocexamen de Mama (AEM) con observación del entrevistador de la puesta en práctica del A.E.M por parte de la estudiante.

- 1) Presentación del encuestador.
- 2) Se explicará al encuestado la finalidad de la entrevista, su posible tiempo de duración (aproximadamente 10 minutos) y el carácter confidencial de la misma.
- 3) El encuestado optará por realizar o no la entrevista, de ser afirmativo, se solicitará su colaboración y honestidad para que los resultados sean confiables.
- 4) Aclaraciones en relación a las preguntas:

Nº 2 Se tomarán como carreras vinculadas al área salud las siguientes: Licenciatura en Enfermería, Medicina, Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Nutrición y dietética y Escuela de Parteras.

Nº4.2 Se tomará como parentesco directo a la madre y hermana.

Nº5.4 Descripción teórica del AEM, pregunta abierta con guía de respuesta y sumatoria del puntaje para el encuestador. Se le efectuará exclusivamente esta pregunta a las personas que tienen conocimiento sobre el A.E.M.

Nº5.4 C En caso de responder 2 posiciones se le solicitará seleccionar una.

Nº5.4 D Se tomará como correcto hasta 5 días después de la menstruación.

Nº5.5 Demostración práctica del AEM, pregunta abierta con guía de respuesta y enumeración de pasos para el encuestador, el cual observará la aplicación de la misma.. Se le efectuará exclusivamente, esta pregunta, a las personas que contestaron de forma afirmativa la pregunta Nº5.1.

Universidad de la República Oriental del Uruguay
Instituto Nacional de Enfermería
Dpto. Enfermería Comunitaria
Grupo de trabajo de tesis

***“Encuesta sobre A.E.M. en mujeres jóvenes de Residencias
Estudiantiles sitas en Montevideo”***

Fecha:.....

NRO.ENCUESTA:.....

Residencia Estudiantil:.....

Edad:.....

1) Nivel de Instrucción: U.T.U ☐ Universidad de la República ☐

2) Orientación de la carrera: Vinculadas al área salud ☐ No vinculada ☐

3) Antecedentes Personales Ginecológicos:

3.1) ¿ A que edad fue su primera menstruación? :

3.2) ¿ Se realiza control ginecológico? : SI ☐ NO ☐

3.3) ¿ Tuvo alguna enfermedad relacionada a las glándulas mamarias? SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es positiva ¿Cuál?.....

4) Antecedentes familiares:

4.1) ¿En su familia hay antecedentes de cáncer de mama? : SI ☐ NO ☐

4.2) Parentesco: Directo ☐ Indirecto ☐

5) En relación al A.E.M:

5.1) Se lo realiza SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es negativa:

5.2) No lo conoce ☐ No lo cree importante ☐ Por temor ☐ Otros ☐

Si su respuesta es afirmativa:

5.3) Con que frecuencia se lo realiza: mensual ☐ trimestral ☐ semestral ☐ otros ☐

5.4) Describa de forma teórica cómo realizar el AEM:

A- Observación: Visualización frente al espejo. ☐

B- Palpación: a- Cuerpo mamario y su prolongación. ☐
b- Areola y pezón. ☐
c- Hueco axilar. ☐
d- Movimientos circulares con la punta y parte plana de los dedos. ☐

C- Posición: a- parada ☐
b- sentada ☐
c- acostada palpando con el brazo contrario de la mama a examinar y el otro brazo bajo la cabeza ☐

D- Momento de la realización: _____

Puntaje total : _____

5.5) Demuestre en forma práctica como se realiza el A.E.M

Pasos básicos: A- Observación: Visualización frente al espejo. ☐

B- Palpación: a- Cuerpo mamario y su prolongación. ☐
b- Areola y pezón. ☐
c- Hueco axilar. ☐
d- Movimientos circulares con la punta y parte plana de los dedos. ☐

Puntaje total : _____

5.6) ¿Cuál fue el origen de la información sobre la realización del A.E.M.?

Lic. Enfermería ☐

T.V. ☐

Folletería ☐

Médico ☐

Auxiliar de enfermería ☐

Otros ☐

ANEXO II

Montevideo - Uruguay 26 de Julio del 2001

Sres./Sras. Encargados de Residencias estudiantiles:

Quienes suscriben: estudiantes de 4° año de la carrera de licenciatura en enfermería pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería, solicitan ante usted como encargado/a la autorización para llevar a cabo la ejecución del trabajo de investigación final: "Información y puesta en práctica del Autoexamen de Mama en mujeres jóvenes, de residencias estudiantiles sitas en Montevideo", en el período comprendido Julio - Agosto del corriente año.

El mismo será implementado por estudiantes bachilleres, bajo supervisión de Licenciadas tutoras.

Saluda atte. y agradece desde ya su colaboración:

Tutoras: Licenciadas de Enfermería:

Cristina Barrenechea
Prof.Agda.del Dpto de Enf Comunitaria.

Esther Lacava
Prof.Adj.del Dpto.Enf Comunitaria.

Bachilleres:

Cristina Benítez Nro. Est. -----

Eduardo Caimi " " -----

María Echenique " " -----

Roxana Rosa " " -----

ANEXO III

ANEXO III

CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro N° 1 Distribución de la población según edad.

EDAD	FA	FR %
18 -21	61	61.62
22 -25	37	37.38
26 -29	1	1.01
TOTAL	99	100

Fuente Propia: Entrevista realizada en Residencias Estudiantiles de Flores, Rivera y Tacuarembó sitas en Montevideo Julio - Agosto 2001.

Cuadro N°2 Distribución de la población según nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCION	FA	FR%
UTU	4	4.04
UNIVERSIDAD DE LA REP	95	95.96
TOTAL	99	100

Cuadro N°3 Distribución de la población según orientación de la carrera.

ORIENTACION CARRERA	FA	FR%
VINCULADAS AREA SALUD	33	33.33
NO VINC. AREA SALUD	66	66.67
TOTAL	99	100

Cuadro N° 4 Distribución de la población según realización de control ginecológicos.

CONTROL GINECOLOGICO	FA	FR %
SI	42	42.42
NO	57	57.58
TOTAL	99	100

Cuadro N°5 Distribución de la población según presencia de factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO	FA	FR%
PRESENTA 1 F.R	40	40.40
PRESENTA 2 F.R	4	4.04
PRESENTA 3 F.R	0	0
NO PRESENTA	55	55.56
TOTAL	99	100

Cuadro N° 6 Distribución de la población que presenta factores de riesgo según su clasificación.

FACTORES DE RIESGO	FA	FR%
MENAR.PRECOZ	30	68.18
ATC.P.PAT.M.	4	9.09
ATC.FLIA.C.M	10	22.73
TOTAL	44	100

Cuadro N° 7 Distribución de la población según realización del autoexamen de mamas.

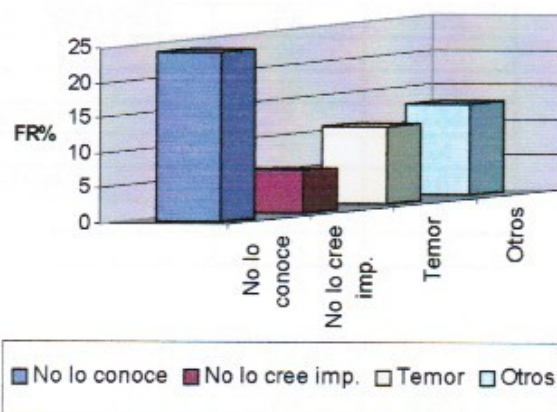
REALIZACION DE AEM	FA	FR%
SI	45	45.45
NO	54	54.55
TOTAL	99	100

Cuadro N° 8 Distribución de la población según motivos de no realización del A.E.M.

MOTIVO DE NO REALIZACION	FA	FR %
NO LO CONOCE	24	44.44
NO LO CREE IMPORTANTE	6	11.11
TEMOR	11	20.37
OTROS	13	24.08
TOTAL	54	100

Gráfico N°1

Representación Gráfica de la población según motivos de no realización.

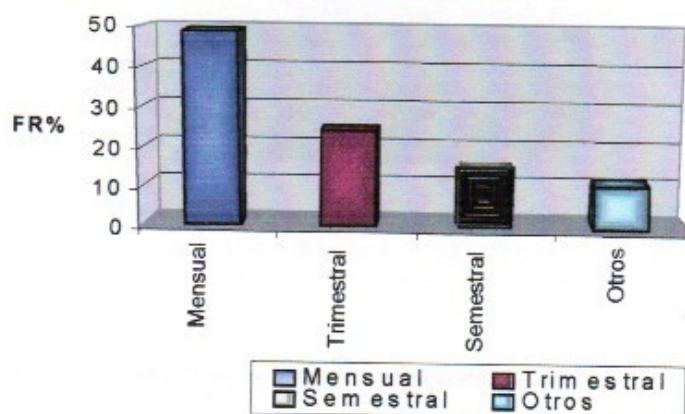


Cuadro N° 9 Distribución de la población que se realiza el A.E.M. según su frecuencia.

FRECUENCIA A.E.M	FA	FR%
MENSUAL	22	48.89
TRIMESTRAL	11	24.44
SEMESTRAL	7	15.56
OTROS	5	11.11
TOTAL	45	100

Gráfico N°2

Representación Gráfica de la población según frecuencia de realización.



Cuadro N°10 Distribución de la población según origen de la información.

ORIGEN DE INFORMACION	FA	FR%
FOLLETERIA	26	34.67
TV	16	21.33
LIC.ENFERMERIA	7	9.34
MEDICO	18	24
AUX.ENFERMERIA	2	2.67
OTROS	6	8
TOTAL	75	100

Cuadro N° 11 Distribución de la población según niveles de información.

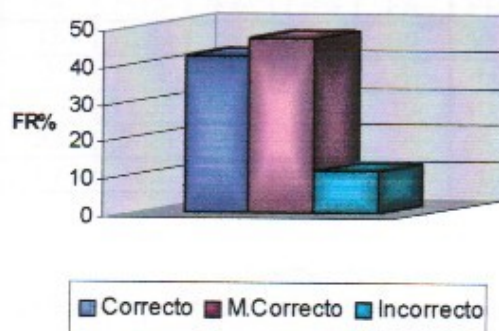
NIVEL DE INFORMACION	FA	FR%
ALTO	38	50.66
MEDIO	37	49.34
BAJO	0	0
TOTAL	75	100

Cuadro N° 12 Distribución de la población según puesta en práctica del A.E.M.

PUESTA EN PRACTICA A.E.M	FA	FR%
CORRECTO	19	42.22
MEDIANAMENTE CORRECTO	21	46.67
INCORRECTO	5	11.11
TOTAL	45	100

Gráfico N°3

Representación Gráfica de la población según puesta en práctica del A.E.M.



Cuadro N° 13 Distribución de la realización según edad.

EDAD	REALIZACION					
	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
18 - 21	20	44.44	41	75.93	61	61.62
22 -26	24	53.34	13	24.07	37	37.37
26 -29	1	2.22	0	0	1	1.01
TOTAL	45	100	54	100	99	100

Cuadro N° 14 Distribución de la realización según orientación de la carrera.

ORIENTACION	REALIZACION					
	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
VINCULADA	21	46.67	12	22.22	33	33.33
NO VINCULADA	24	53.33	42	77.78	66	66.67
TOTAL	45	100	54	100	99	100

Cuadro N° 15 Distribución de la realización según realización de controles ginecológicos.

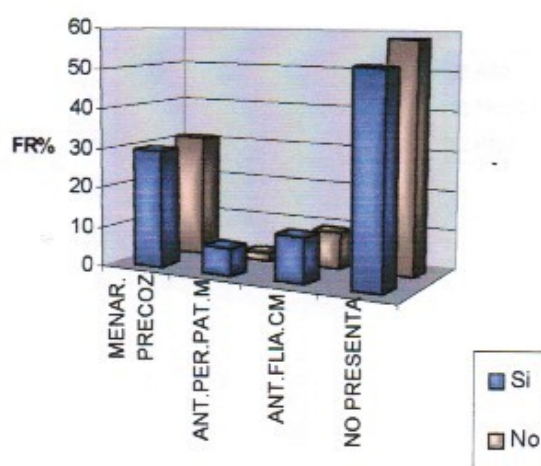
CONTROL.GIN.	REALIZACION					
	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SI	25	55.56	17	31.48	42	42.42
NO	20	44.44	37	68.52	57	57.58
TOTAL	45	100	54	100	99	100

Cuadro N° 16 Distribución de la realización según presencia de factores de riesgo.

	REALIZACION					
	SI		NO		TOTAL	
F.RIESGO	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
MENAR.PRECOZ	13	29.54	17	30.90	30	30.30
ATC.P.PAT.M	3	6.82	1	1.82	4	4.04
ATC.FLIA.C.M	5	11.36	5	9.10	10	10.10
NO PRESENTA	23	52.28	32	58.18	55	55.56
TOTAL	44	100	55	100	99	100

Gráfico N°4

Representación Gráfica comparativa entre realización y presencia de factores de riesgo.



Cuadro N° 17 Distribución de la realización según niveles de información.

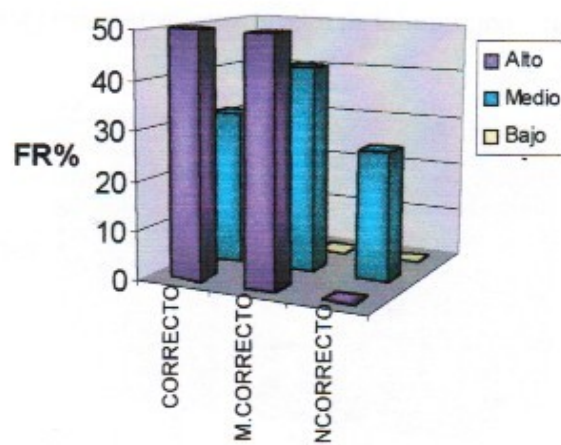
	REALIZACION					
	SI		NO		TOTAL	
NIVEL.INF	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
ALTO	26	57.78	12	40	38	50.67
MEDIO	19	42.22	18	60	37	49.33
BAJO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	45	100	30	100	75	100

Cuadro N° 20 Distribución de los niveles de información según puesta en práctica.

P.EN PRACTICA	NIVEL DE INFORMACION							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
CORRECTO	13	50	6	31.58	0	0	19	42.2
M.CORRECTO	13	50	8	42.1	0	0	21	46.7
INCORRECTO	0	0	5	26.32	0	0	5	11.1
TOTAL	26	100	19	100	0	0	45	100

Gráfica N°8

Representación Gráfica comparativa entre niveles de información y puesta en práctica .

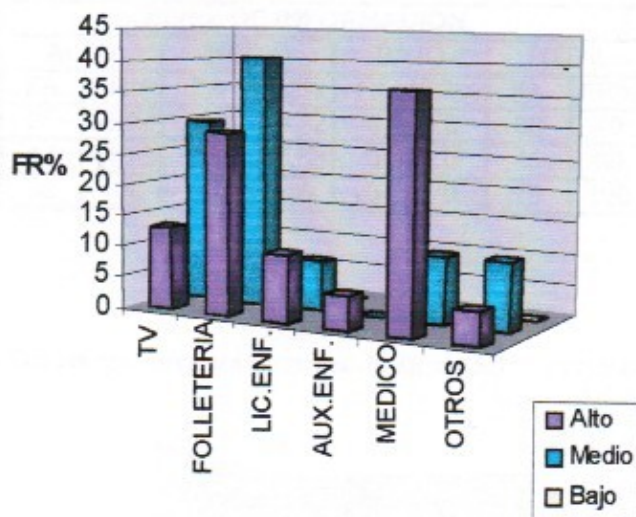


Cuadro N° 19 Distribución de los niveles de información según origen de la información.

ORIGEN DE LA INF	NIVEL DE INFORMACION							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
TV	5	13.16	11	29.73	0	0	16	21.3
FOLLETERIA	11	28.95	15	40.54	0	0	26	34.7
LIC.ENF.	4	10.52	3	8.11	0	0	7	9.33
AUX.ENF.	2	5.26	0	0	0	0	2	2.67
MEDICO	14	36.85	4	10.81	0	0	18	24
OTROS	2	5.26	4	10.81	0	0	6	8
TOTAL	38	100	37	100	0	0	75	100

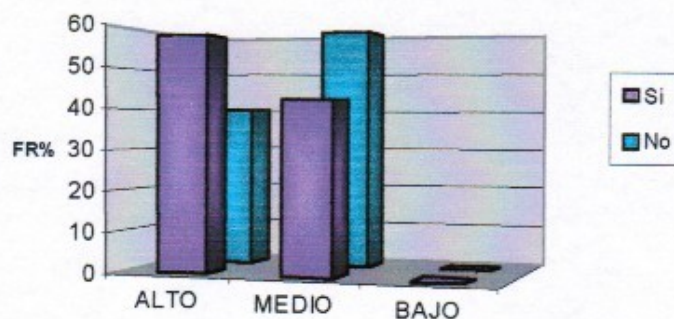
Gráfica N°7

Representación Gráfica comparativa entre niveles de información y fuente de la información.



Gráfica N°5

Representación Gráfica comparativa entre realización y niveles de información.



Cuadro N° 18 Distribución de los niveles de información según orientación de la carrera.

	NIVEL DE INFORMACION							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
ORIENTACION.C	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
VINC.A.SALUD	21	55.27	9	24.32	0	0	30	40
NO.VINC.A.S	17	44.73	28	75.68	0	0	45	60
TOTAL	38	100	37	100	0	0	75	100

Gráfica N°6

Representación Gráfica comparativa entre niveles de información y orientación de la carrera.

