



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA SALUD MENTAL

**CÓMO REALIZARON SU AUTOCUIDADO LAS USUARIAS,  
PREVIO AL  
DIAGNÓSTICO DE CANCER DE MAMA, QUE CONCURRIERON  
A LA  
POLICLÍNICA EQUIPO DE MAMA Y A LOS GRUPOS DE  
AUTOAYUDA  
DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS,  
EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 25 DE  
SETIEMBRE Y EL 25 DE OCTUBRE DE 2006**

AUTORES:

Barreto, Paola  
Mederos, Elizabeth  
Mollo, Micaela  
Pérez, Carolina  
Rey, Noelia

TUTORES:

Pof. Adj. Lic. Ana Correa

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

Montevideo, 2006

## Índice

❖ Agradecimiento.....	Pág. 01
❖ Resumen.....	Pág. 02
❖ Introducción .....	Pág. 04
❖ Área problema .....	Pág. 05
❖ Problema .....	Pág. 05
❖ Objetivo General .....	Pág. 05
❖ Objetivos Específicos .....	Pág. 05
❖ Justificación .....	Pág. 06
❖ Marco Referencial .....	Pág. 08
❖ Marco Conceptual .....	Pág. 10
❖ Diseño Metodológico:	
- Tipo de investigación.....	Pág. 18
- Área de estudio.....	Pág. 18
- Definición y medición de variables .....	Pág. 18
- Universo .....	Pág. 22
- Muestra.....	Pág. 22
❖ Presentación e interpretación de datos.....	Pág. 23
❖ Análisis.....	Pág. 34
❖ Conclusión.....	Pág. 36
❖ Sugerencias.....	Pág. 37
❖ Bibliografía .....	Pág. 38
❖ Anexos	
- Anexo N° 1: Protocolo de investigación.....	Pág. 40
- Anexo N° 2: Notas de solicitud de autorización.....	Pág. 65
- Anexo N° 3: Ley N° 17.242.....	Pág. 66
- Anexo N° 4: Causas de mortalidad femenina.....	Pág. 68
- Anexo N° 5: Instrumento para la recolección de datos....	Pág. 70
- Anexo N° 6: Nota de autorización de las autoridades del H.C.FF.AA.....	Pág. 73

## **Agradecimiento**

La realización de este trabajo es el resultado de esfuerzos combinados de horas de trabajo, planificación y discusiones grupales, en las cuales la dedicación, el entusiasmo y la colaboración recibida de otros profesionales, miembros del equipo de salud, lo hicieron posible.

Ha sido un reto y una gran experiencia de aprendizaje.

A ellos, a nuestra familia y a otros quienes nos acompañaron es nuestro agradecimiento por la paciencia y motivación porque este aporte pueda ser hoy una realidad.

## Resumen

El presente estudio describe como realizaron su autocuidado las usuarias previo al diagnóstico de cáncer de mama, que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, del H.C.F.F.AA., en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006.

Con este fin el tipo de estudio realizado fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, ya que la finalidad era describir los hechos tal cual se presentaron con anterioridad a la aplicación de la investigación, además se estudiaron diferentes variables simultáneamente en el dicho período.

El método utilizado para realizar la recolección de datos fue una entrevista estructurada, previamente elaborada.

El objetivo que nos propusimos fue, determinar si las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron a dicha Policlínica y a los Grupos de Autoayuda, en el período preestablecido, se realizaban autoexamen de mamas y mamografía según recomendaciones del servicio, previo al diagnóstico.

Para llegar a este objetivo nos planteamos caracterizar la población de estudio según indicadores sociodemográficos y según los siguientes factores de riesgo: antecedentes familiares, nuliparidad, obesidad genóide. Además, pretendimos conocer el número de usuarias que se realizaban autoexamen de mamas y mamografía según recomendaciones del servicio, previo al diagnóstico.

El universo de nuestro estudio eran todas las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que consultaron en la Policlínica Equipo de mama y aquellas que concurrieron a los Grupos de Autoayuda del H.C.F.F.AA en el año 2006.

La muestra fueron todas las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que consultaron en la Policlínica Equipo de mama y aquellas que concurrieron a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006.

Las variables utilizadas para llevar a cabo este estudio fueron: estado civil, ocupación, nivel de instrucción, procedencia, antecedentes familiares, nuliparidad, obesidad genóide, conocimiento sobre la técnica de realización del autoexamen de mama, realización del autoexamen de mama, realización de la mamografía, frecuencia de realización de la mamografía.

Como resultado obtuvimos una muestra en dicho período de 53 usuarias con cáncer de mama, de las cuales el 57% son de Montevideo. En las mismas se destaca un gran porcentaje de alfabetización de un 98%. Con respecto a su ocupación los porcentajes más altos corresponden a ama de casa y empleadas. En gran medida su estado civil es casada.

Con respecto a los factores de riesgo; los antecedentes familiares de cáncer mama están presentes en un 57% de ellas, la nuliparidad esta presente en un 23% y la obesidad genóide en un 45% de las usuarias.

En cuanto a los conocimientos de la técnica del autoexamen sólo el 47% la conocen, y sólo el 32% de las mismas se lo realizaban según recomendaciones del servicio.

El 34% de las usuarias se han realizado mamografías previo al diagnóstico y el 28% se lo realizaba según las recomendaciones del servicio.

De esta información obtenida podemos decir que en esta población, se observo un incumplimiento en cuanto a la realización de los controles en tiempo y forma. Podemos decir que el nivel de instrucción no influyo sobre el mismo, ya que tienen un alto grado de alfabetización.

Algunos factores que pueden determinar la no realización de los controles según las recomendaciones del servicio, pueden ser que un alto porcentaje de estas usuarias tienen antecedentes familiares de cáncer de mama, por lo cual pueden presentar cierto temor a que esta situación se repita en ellas. Teniendo en cuenta el enfoque de género, en su mayoría las usuarias son casadas, tienen hijos, son empleadas por lo cual pueden relegar su autocuidado a un segundo plano. También se deben tener en cuenta la existencia de factores socioculturales donde aún encontramos mitos y creencias sobre lo que es la patología de mama maligna y sus tratamientos.

Como estrategia para el servicio, éste debería buscar formas de acercamiento con la comunidad de manera de motivar a las usuarias para la realización de controles preventivos en tiempo y forma, promoviendo su autocuidado.

## Introducción

El presente informe fue realizado por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República.

El mismo fue realizado en la Policlínica Equipo de Mama a cargo del Dr. Aizen que funciona tres veces por semana en el horario de la tarde en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Esta Policlínica cuenta con un equipo interdisciplinario, el cual realiza la atención y seguimiento de la mujer con patología de mama.

En este equipo la Licenciada en Enfermería no solo realiza actividades dirigidas a la atención y seguimiento de las usuarias, si no también a la promoción y prevención; además realiza trabajos de investigación en el área de Enfermería. Dichos Profesionales se mostraron interesados en nuestra propuesta, ya que el objetivo de la Policlínica no es solo la asistencia, si no también la prevención y promoción. Cabe mencionar también el interés por parte del equipo en realizar un abordaje integral mediante la atención interdisciplinaria mejorando la calidad en la atención y el seguimiento. Este servicio cuenta con la tasa de morbimortalidad mas baja del Uruguay.

Buscamos con este trabajo conocer cuantas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se realizaban autoexamen de mamas y mamografía en tiempo y forma antes del diagnóstico. Como requisito para realizar dicho trabajo en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, se realizarán las solicitudes para obtener las autorizaciones dirigidas al Director de la Institución, al Director de la Policlínica y a la Licenciada de la Policlínica<sup>1</sup>.

Para llevara a cabo esta investigación se realizaron entrevistas personales a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, estos grupos se dividen en dos; a uno concurren las mujeres con reciente diagnóstico (año 2006) y al otro mujeres con un tiempo mayor de diagnóstico.

Es de gran importancia destacar que es la primera vez que dicho servicio recibe estudiantes de Licenciatura en Enfermería, más aún realizando su tesis final. De esta manera dejamos abierto un nuevo campo para próximas generaciones.

---

<sup>1</sup> Ver Anexo N° 2

## **Área Problema:**

Mujer y autocuidado en salud.

## **Problema:**

Como realizaron su autocuidado las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama, que concurren a la policlínica Equipo de Mama y a los Grupos de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006.

## **Objetivo General:**

- Determinar si las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren a la Policlínica Equipo de Mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006; se realizaban autoexamen de mama y mamografía, según recomendaciones del servicio, previo al diagnóstico.

## **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar la población de estudio según indicadores sociodemográficos.
- Caracterizar la población según los siguientes factores de riesgo; antecedentes familiares, nuliparidad, obesidad.
- Conocer el número de usuarias que se realizaban el autoexamen de mamas previo al diagnóstico, según recomendaciones del servicio.
- Conocer el número de usuarias que se realizaban mamografía previo al diagnóstico, según recomendaciones del servicio.

## Justificación

En Uruguay el cáncer de mama constituye un serio problema sanitario que justifica plenamente el haber sido declarado como un Problema Prioritario de Salud por el Ministerio de Salud Pública en 1990 y motivó la implementación del Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM) a partir de 1991.

Así mismo en Junio de 2000 el parlamento declara de interés público la prevención de cánceres genito-mamarios decretando la Ley N° 17242<sup>2</sup>, en donde las trabajadoras de la actividad pública y privada tendrán derecho a un día al año de licencia especial con goce de sueldo para realizarse exámenes de papanicolau y mamografía.

Cabe destacar que el cáncer se encuentra como segunda causa de muerte en el año 2002<sup>3</sup>, y el cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las causas de muerte en mujeres de 15 a 85 años.

Es importante mencionar que en el período comprendido entre 1999 y 2003 se diagnosticaron 3.140 casos de cáncer de mama en todo el país, de los cuales 1.509 corresponden al interior y los 1.631 restantes fueron diagnosticados en Montevideo.

Si tenemos en cuenta los tipos de cáncer como causa de mortalidad femenina, se destacan tres: en primer lugar el cáncer de mama con 609 casos, luego el cáncer de útero con 133 casos y por último el cáncer de cuello uterino con 76 casos<sup>4</sup>.

Si hablamos de mortalidad por cáncer de mama en el período comprendido entre 1999 y 2003 debemos decir que el primer lugar lo ocupa Rocha, Lavalleja, Cerro Largo, Salto y Montevideo, respectivamente.

Con esta extrapolación de datos queremos reafirmar la importancia del tema seleccionado, ya que es la primera causa de muerte femenina dentro de la mortalidad por cáncer, además vemos que el número de casos de cáncer de mama es muy elevado con respecto a los demás ya que con el cáncer de útero encontramos 476 casos de diferencia.

No encontramos estudios anteriores a nivel nacional, ni latinoamericano sobre autocuidado en la mujer con diagnóstico de cáncer de mama.

Consideramos que este tema es importante para Enfermería, ya que como agentes de salud nos vemos involucrados fundamentalmente en el primer nivel de atención, donde la educación juega un papel esencial e imprescindible a la hora de estimular el autocuidado, favoreciendo la detección temprana y diagnóstico oportuno. Nos interesa como profesionales inserto en un equipo interdisciplinario abordar este tipo de población, aplicando las cuatro funciones básicas de la Enfermera Profesional, que son: asistencia, docencia, investigación y administración; herramientas sumamente útiles a la hora de realizar atención integral, abordando en nuestra investigación los pilares fundamentales de la detección temprana; que son la realización del auto examen de mama, de mamografía y controles ginecológicos periódicos. Esta información nos permitirá reforzar aquellos puntos débiles teniendo en cuenta que la mujer

---

<sup>2</sup> Ver Anexo N°3

<sup>3</sup> Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística año 2004, Ver Anexo N° 4.

<sup>4</sup> Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística año 2004, Ver Anexo N° 4.



uruguay esta poco habituada a concurrir a los controles ginecológicos periódicos (momento en el cual se indica la mamografía) y a la realización del autoexamen de mama; quedando su salud y su autocuidado relegado a un segundo plano en pos del resto de la familia u otras prioridades.

El cáncer de mama cursa en sus primeras etapas de forma asintomático, siendo el diagnóstico temprano importante ya que permite una mejor rehabilitación y pronóstico vital.

Elegimos para realizar nuestra investigación la Unidad de Mastología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, ya que cuenta con un equipo interdisciplinario que funciona en forma tal, brindando realmente una asistencia integral a las mujeres con patologías de mama.

A nivel nacional dicha unidad de atención posee estadísticamente el mayor Índice de sobrevida comparada con instituciones privadas y públicas del medio.

## **Marco Referencial**

Nuestra investigación se llevó a cabo en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, situado en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, barrio La Blanqueada. Al mismo se puede acceder por la Avenida 8 de Octubre N° 3050 o por la Avenida Centenario.

Depende del Ministerio de Defensa Nacional; su atención se encuentra descentralizada en CAPS ( Centro de Atención Periférica), además de existir convenios con el Ministerio de Salud Pública y realizar ventas de servicios.

Los beneficiarios son los funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional, esposo/a, hijos hasta 21 años, y en caso de estudiantes hasta 27 años de edad.

La unidad de mastología se encuentra ubicada en el edificio central del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, primer piso, ala norte, esta unidad se encuentra dirigida por el Dr. Bernardo Aizen.

Dentro de este servicio existen diferentes especialidades, como ser: cirugía, ginecología, radiología, anatomía patológica, atención psicológica profesional, oncología, cirugía plástica, fisioterapia, enfermería profesional, además de contar con seguimiento clínico y servicio de secretaria.

Estos diferentes profesionales en su conjunto logran realizar una atención integral y humana de la usuaria con patología de mama.

Con referencia al autocuidado, mediante estudios realizados en el servicio se llegaron a estas recomendaciones: en cuanto a la realización del autoexamen de mama el mismo debe realizarse en forma mensual, para determinar la frecuencia de realización de mamografía, se toma en cuenta la presencia o no de antecedentes familiares de cáncer de mama, estableciéndose: mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama deben realizarse mamografía en forma anual a partir de los 25 años de edad; sin antecedentes familiares de cáncer de mama la realización de mamografía es de forma anual a partir de los 35 años de edad.

En cuanto a la forma de ingreso de la mujer al servicio, se realiza mediante la consulta en policlínica; ya sea derivada por otro profesional o que consulte directamente en el servicio.

En la primera consulta se realiza una anamnesis que incluye: datos patronímicos, factores de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes personales, entre otras cosas.

En esta consulta se realiza un examen clínico de mama y se solicita la mamografía anual si aun no se la realizado.

Con referencia a la mamografía la evaluación de la mama se clasifica mediante la escala birads, la cual toma una puntuación de 1 a 5, considerándose normal de 1 a 3. Luego de de este, 4 es altamente sospechoso y 5 confirma la patología. A partir de este resultado, se evalúa la conducta a tomar en cuanto al tratamiento y seguimiento.

Cuando se confirma la malignidad los datos de esta usuaria entran a un fichero, confeccionado para realizar un adecuado seguimiento sin tener pérdida de tiempo a la hora de solicitar la historia clínica central.

Este fichero se confecciono en el año 2001, con el fin de acceder en forma rápida a la información en cuanto a la patología mamaria.

De aquí en más se realiza el seguimiento según recomendaciones del servicio.

La policlínica Equipo de mama funciona lunes de 12:00 a 14:00hs, miércoles de 12:30 a 14:30hs y viernes de 8:00 a 10:00hs.

En estos días atienden el equipo de cirugía, ginecología, contando con el apoyo de Enfermería profesional.

Los miércoles es un día especial donde la psicóloga brinda asistencia en paralelo al funcionamiento de la policlínica, derivándosele aquellas usuarias que se encuentran cursando la etapa preoperatorio o aquellas de reciente diagnóstico.

Este servicio cuenta con una Enfermera profesional que cumple aquellas 4 funciones básicas de la Enfermera profesional.

Brinda asistencia durante las consultas en policlínica, la realización de seguimientos mediante citaciones telefónicas en caso de que la usuaria no concurra a las consultas programadas, o en el caso que deba retirar algún estudio.

Además, formaron un grupo de autoayuda pensando en las necesidades de estas usuarias y buscando contar con un espacio donde puedan compartir sus experiencias personales, evacuar dudas e inquietudes y brindarse apoyo mutuamente.

El grupo de autoayuda funciona una vez por mes, dividiéndose en dos subgrupos, integrado uno por mujeres de reciente diagnóstico y el otro por aquellas usuarias que se encuentran en la etapa de rehabilitación, hallándose algunos casos de recidiva.

Funcionan el segundo lunes y cuarto lunes de cada mes respectivamente, a las 14 horas.

Estos grupos durante las reuniones realizan tareas de labor terapia, realización de folletos explicativos sobre la enfermedad; interesadas en darse a conocer e incentivar la concurrencia al grupo.

En estos espacios además de la presencia de la Licenciada en Enfermería, se suma la psicóloga y la doctora encargada del seguimiento clínico; en algunas oportunidades también con la presencia del director de la unidad.

Con respecto a la docencia, en forma anual se programan actividades educativas sobre prevención de cáncer de mama, dirigidas al público en general y al personal del hospital.

Al ser un centro que cuenta con el mayor porcentaje de sobrevivencia, además de funcionar en forma interdisciplinaria al brindar asistencia, es tomado por otras instituciones como referente; motivo por el cual son invitados a explicar su modelo de atención y en oportunidades a capacitar personal.

Con referencia a la administración se encarga de coordinar estudios, llevar adelante el fichero de patología mamaria con el fin de asegurarse un buen seguimiento, reclamar resultados de estudios, programar casos para presentar en ateneos, programar visitas en el preoperatorio inmediato a usuarias internadas.

Para la realización de alguna de estas actividades cuenta con el apoyo de la secretaria.

Al referirnos a la investigación podemos afirmar que ha realizado varios estudios en el área de enfermería con referencia a aspectos psicológicos, sexualidad y rehabilitación en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

## Marco Conceptual

En las últimas décadas el concepto de salud se ha ido transformando de la salud como ausencia de enfermedad <sup>5</sup>, a los nuevos paradigmas de bienestar, que toman al ser humano desde un abordaje integral inmerso en el medio social, cultural, considerando el momento histórico y económico como parte de un proceso de desarrollo de la humanidad con perspectiva de género.

Como nuestro tema se refiere a la salud de las mujeres, creemos necesario definir lo que es para nosotros salud, basándonos en el concepto del Dr. Hugo Villar, quien define "La salud como categoría biológica y social que constituye una unidad dialéctica resultado de la interacción de los individuos con su medio, condiciona niveles de bienestar y permite a los individuos y a los grupos el cumplimiento de su rol social y está condicionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad, constituye un derecho y un inestimable bien social".

Esta definición toma en cuenta todos los factores que influyen sobre la salud, tratándola de manera global, como una sumatoria de eventos y no solo como la ausencia de enfermedad.

La incorporación de la perspectiva de género al ámbito de la salud es una construcción relativamente reciente, empieza a reconocerse y enfatizarse el papel de la mujer y la necesidad de su incorporación al desarrollo desde un lugar de equidad y participación; y en ese sentido se orientan las declaraciones de distintas conferencias y convenciones a nivel internacional.

En estas conferencias internacionales del Cairo en 1994 y Beijing en 1995 se comprometió a los gobiernos a que facilitaran a todos el acceso completo a los servicios de salud reproductiva de calidad y queda establecido que la religión y o cultura no pueden utilizarse para privar a la mujer del ejercicio de sus derechos humanos. Uruguay suscribió a todos esos acuerdos.

Uno de los resultados más importantes de las conferencias fue que los gobiernos aceptaran que la salud de la mujer es objeto de discriminación. Se enfrentan a discriminación en el sistema de cuidados de salud, acceso a los servicios de calidad y disponibilidad de estos a todo lo largo del ciclo vital, en la asignación de recursos y en la participación en las políticas y toma de decisiones.

Esta mayor conciencia ha hecho que se pase a ver las cosas con una perspectiva de género en donde se tomen en cuenta las diferencias socialmente creadas y las relaciones de poder entre el hombre y la mujer como determinantes de la salud. Por lo tanto la perspectiva de género es una forma diferente de mirar los hechos y procesos sociales enfatizando en las asimetrías, desigualdades, inequidades resultantes de las concepciones, mitos, sentimientos y valores respecto a la condición femenina y/o masculina.

El género, en tanto construcción social compleja, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales (categoría relacional) y una forma primaria de relaciones significativas de poder (ordenador social). Asimismo, refiere a una cuestión de los sujetos y sus identidades, en tantas

---

<sup>5</sup> Según la Organización Mundial de la Salud.

subjetividades producidas socio-históricamente. Cuatro dimensiones constituyen lo sustancial del sistema de géneros en las cotidianidades de las sociedades: lo normativo (conjunto de reglas instituidas que se apoyan en lo simbólico); lo simbólico (las representaciones del imaginario social sobre lo femenino y lo masculino, y sus relaciones); lo político institucional (sistema de instituciones que definen y redefinen cotidianamente las relaciones de género) y lo subjetivo (que expresa la estructuración en lo subjetivo y psíquico de los aprendizajes acerca de lo que significa ser varón o ser mujer)<sup>6</sup>.

La incorporación del enfoque de género a las políticas de salud (y particularmente de salud reproductiva) implica una intencionalidad y sensibilidad política tendiente a revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción y sus efectos concretos en la vida de las personas.

Permite visualizar e identificar las necesidades diferenciadas de mujeres y varones en relación con su estado de salud, con el acceso y uso de los servicios, y con su participación en el desarrollo de la salud.

Este trabajo se realizara desde el punto de vista de enfermería creemos conveniente mencionar el concepto de Enfermería que sustentara el mismo, para ello tomamos la definición elaborada en el Plan de estudio del año 1993 del Instituto Nacional de Enfermería: "Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención".

Consideramos que en esta definición se ven reflejados las facultades y metas del accionar enfermero, el cual va dirigido no solamente al sujeto si no también al entorno, mencionando las características de la atención brindada por el profesional de Enfermería; el cual recibe una preparación académica sustentada por cuatro pilares básicos que acompañan la profesión en sí misma, los cuales son: función asistencial como una relación directa con el usuario, familia o comunidad, para la ejecución de las acciones precisas a favor del bienestar y la seguridad que pueden tener aspectos de promoción, prevención o rehabilitación; función docente, donde trata de transmitir los conocimientos necesarios para que los usuarios adopten de forma racional y consciente las mejores conductas de salud; también se expresa ésta función en las actividades educativas a los profesionales de la salud. Otro de los pilares se refiere a la función investigadora, que se manifiesta en acciones enfocadas tanto a la aplicación, profundización y desarrollo a los conocimientos propios de la profesión enfermera, como una de la búsqueda de soluciones concretas a problemas de la práctica, mejorándola en forma constante.

Finalmente tenemos la función administradora, la cual se encamina al manejo adecuado de los recursos disponibles dentro de los grupos e instituciones, de manera que el trabajo se realice en forma sistemática y con los mejores resultados.

Además la Atención de enfermería se basa en diferentes tipos de prevención por lo cual nos vemos en la necesidad de mencionar los

---

<sup>6</sup> Scott, 1996.

mismos: la Prevención Primaria, la cual comprende las medidas aplicables al periodo pre- patogénico, se basa en la promoción y protección específica de la salud; en la Prevención Secundaria, ubicamos aquellas medidas aplicables al periodo patogénico, sustentándose en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno; También se la denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada mediante un tratamiento eficaz o curativo.

La Prevención Terciaria involucra aquellas medidas aplicables también al periodo patogénico, pero en esta fase, se apunta a la rehabilitación y reinserción social. Es la restauración de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. La restauración de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

Consideramos que el nivel de autocuidado que la mujer posea, incide en la detección precoz, entendiéndose al autocuidado como la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, responsables de decisiones que condicionan su situación.

Al hablar de autocuidado no podemos dejar sin mencionar la Teoría de Dorothea Orem, creadora de la teoría del déficit de autocuidado.

En su teoría general de enfermería Orem describe tres conceptos: autocuidado (actividad que realiza una persona por sí misma y que contribuye a la salud), déficit de autocuidado (falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para su funcionamiento saludable) y sistema de enfermería.

El núcleo de los cuidados de salud es parte de la vida de las personas y por lo tanto de interés para las enfermeras. El núcleo de ayuda de la enfermera emerge cuando las capacidades de autocuidado son menores que las demandas de autocuidado terapéutico, cuando ocurre esto último entre estas dos variables del paciente se denomina "Teoría de déficit del autocuidado", relación resultante entre déficit de autocuidado del paciente y el sistema de enfermería, es una relación de interacción.

El objetivo de enfermería es proporcionar el sistema apropiado de cuidados hasta que las habilidades de autocuidado del paciente sean suficientes para cubrir sus propias demandas de autocuidado.

Si bien el autocuidado depende del individuo, enfermería juega un papel fundamental en brindar información y en la forma de comunicarla al individuo para lograr su comprensión. La práctica profesional de enfermería como disciplina científica está sustentada en diversas teorías, donde el proceso está pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta: el cuidado de las personas.

Para tener una visión más global, considerando que nuestro tema de investigación se basa en cómo realizaron su autocuidado las mujeres antes del diagnóstico de cáncer de mama, creemos conveniente hablar sobre la fisiología y la anatomía de la glándula mamaria, en donde tanto el tamaño como la forma de la mama dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La base de la mama se extiende desde la 2° hasta la 6° costilla y desde el borde externo

del esternón hasta la línea axilar media. Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, éste contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la pubertad, por influencia de varias hormonas (prolactina, estrógenos, progesterona, hormona de crecimiento, etc.), se produce un alargamiento y ramificación de los conductos, a partir de los cuales brotan los lobulillos, cambios que ocasionan un aumento en el tamaño y densidad de las mamas. En la punta del pezón desemboca separadamente cada conducto galactóforo.

La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominado areola, bajo ésta zona, los conductos galactóforos se ensanchan formando los senos lactíferos, en los cuales se acumula la leche. Bajo la piel de la areola y el pezón no hay tejido adiposo como en el cuerpo de la mama.

Su histología es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción y produce leche completa.

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos:

- Tejido glandular de tipo túbulo-alveolar.
- Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos glandulares.
- Tejido adiposo que ocupa espacios interlobulares.

Desde el tejido celular subcutáneo que rodea a la glándula, se dirigen numerosos tabiques de tejido conectivo hacia el interior, constituyendo los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominados lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto galactóforo que llega a la punta del pezón como un pequeño agujero independiente. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y estos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está constituido por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierte su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

La fisiología de la glándula mamaria es:

- Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
- Galactogénesis, producción o síntesis de la leche.
- Galactopoyesis o Mantención de la producción de la leche.

Luego de hablar brevemente de la anatomía y fisiología de la glándula mamaria, nos abocaremos al carcinoma de mama. El cáncer mamario es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad entre los 35 y los 54 años de edad. Se trata de una enfermedad heterogénea, es decir, una 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 uno de los factores determinantes en promover el desarrollo de las células cancerosas en el transcurso de los años, está relacionado con el tiempo de exposición de los estrógenos circulantes a niveles elevados.

Hay diversos tipos de cáncer de mama, si bien el más común es el adenocarcinoma, originado en las células de los ductos mamarios, del cual se presentan distintas variedades. Otro tipo de cáncer de mama menos frecuente es el de Paget, siendo mucho más raro el sarcoma. Puede metastatizar primariamente en los ganglios linfáticos axilares o mediastínicos, pulmón y huesos; posteriormente puede originar metástasis en el hígado y el cerebro. Aunque cada vez se identifica un mayor número de lesiones no palpables a través de la mamografía, es mas frecuente que el cáncer de mama sea descubierto por la propia usuaria como un nódulo aislado y doloroso. Si la masa ha pasado inadvertido, ignorado o abandonada durante algún tiempo, pueden existir adherencias a la piel o a la pared torácica subyacente, ulceración, dolor o inflamación. Algunas lesiones precoces debutan con secreción o sangrado por el pezón. En algunos casos, el tumor primario se mantiene oculto y la usuaria debuta con síntomas derivados de la diseminación de la enfermedad como derrame pleural, adenopatías o metástasis óseas. Cerca de la mitad de las lesiones se localizan en el cuadrante supero-externo de la mama (lugar en el que se concentra la mayor parte del tejido ganglionar). Cerca del 20% son masas centrales, y a cada uno de los demás cuadrantes les corresponde el 10% del total. El 25% de las mujeres con cáncer de mama tienen metástasis ganglionares axilares en el momento del diagnóstico, aunque esto es menos frecuente cuando el tumor primario es diagnosticado a través de la mamografía u otros métodos. La enfermedad tiene una larga fase preclínica, se calcula que este tumor requiere seis a ocho años para alcanzar un tamaño de un centímetro de diámetro. Este largo período de crecimiento es definido como preclínico por la dificultad de reconocer el tumor en el examen físico y los estudios diagnósticos.

En cuanto a la epidemiología podemos decir que el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en el sexo femenino y se observa mundialmente una tendencia ascendente en su incidencia. Afecta a 70 de cada 1000 mujeres y 30 de ellas morirán por esa causa. La incidencia se ha duplicado en los últimos 20 años y siguen aumentando en un 3% anual. En nuestro país los datos disponibles muestran una incidencia de 27.72% con respecto al total de cánceres, ubicándose en el primer lugar en el bienio 1996-97. En cuanto a la mortalidad también ocupa el primer lugar explicando un 20.03% del total de las muertes por cáncer (período 1994-1998)<sup>7</sup>.

Aunque no pueden identificar agentes causales específicos en los casos individuales, pero si se acepta que existen muchos factores que aumentan el riesgo de la población femenina de padecer dicha enfermedad.

---

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadística (1994-1998).



Los factores que participan en la determinación del riesgo de padecer cáncer de mama se enumeran a continuación:

- Antecedentes Personales de cáncer de mama.
- Edad.
- Antecedentes de madre o hermana con cáncer de mama en la premenopausia.
- Edad igual o mayor a 30 años al nacimiento del primer hijo.
- Nuliparidad.
- Menarca a los 11 años o antes.
- Obesidad genóide.
- Radioterapia a nivel del tórax.
- Antecedente personal de cáncer de endometrio u ovario.
- Hormonoterapia exógena.

Para realizar nuestra investigación seleccionamos al azar tres factores de riesgo, los cuales son: antecedentes familiares, obesidad y nuliparidad, con el fin de caracterizar nuestra población. En cuanto a los antecedentes familiares se tiene en cuenta historia familiar en primer grado, entendiéndose madre, hermana o hija. Con referencia a la nuliparidad entendemos por ésta no haber tenido hijos naturales. Como último factor seleccionamos y no menos importante a la obesidad. La cual es considerada un tipo de malnutrición, cuadro clínico caracterizado por una alteración en la composición de nuestro cuerpo, ocasionado por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales básicas. La alimentación y la nutricional son muy importantes para este cuadro y muchas veces no se tiene en cuenta, por lo que resultara muy difícil lograr que las personas enfermas se recuperen si su cuerpo no cuenta con el ingreso de energía suficiente y los nutrientes necesarios para llevar a cabo los distintos procesos metabólicos. Los tipos de malnutrición se puede dar por exceso: sobrepeso u obesidad; o por déficit: desnutrición.

Se define como obesidad al aumento de la grasa corporal producida por un balance positivo de energía. Como se ve, la obesidad no es definida a partir de la ganancia de peso, si no a través del tamaño de uno de los componentes de la masa corporal: el tejido graso. Su importancia entre otras cosas, radica en los riesgos para la salud y en la inaceptabilidad social que genera.

Encontramos dos formas en calcularla:

Índice de masa corporal (IMC):

Se halla realizando: 
$$\frac{\text{Peso}}{\text{Talla al cuadrado}}$$

- Normal: 18.5 - 24.9 Kg. /m<sup>2</sup>
- Sobrepeso: 25 - 29.9 Kg. /m<sup>2</sup>
- Obesidad grado 1: 30 - 39.9 Kg. /m<sup>2</sup>
- Obesidad mórbida:  $\geq 40$  Kg. /m<sup>2</sup>

Este índice se aplica en mujeres y hombres entre 18 y 65 años.

### Índice cintura – cadera:

Con el reconocimiento de la distribución de grasas como un factor indicador de riesgo, se ha atribuido importancia a las mediciones circunferenciales o perimétricas. La epidemiología realiza énfasis en la mujer con cáncer de mama, ya que se obtiene resultados más representativos con el mismo. La medida de la adiposidad utilizada más a menudo es la razón cintura-cadera, la cual permite distinguir entre la obesidad androide y la ginoide.

- La Obesidad Androide: mayor disposición de la grasa abdominal y/o intraabdominal propia de las características del sexo masculino.
- La Obesidad Ginoide: mayor disposición del tejido graso localizado a nivel de miembros inferiores (muslos) y/o cintura, propia de las características del sexo femenino.

Calculo del Índice cintura-cadera:  $\frac{\text{cm. de cintura}}{\text{cm. de cadera}}$

Cuando el resultado es superior a 1.0 en el hombre nos indica Obesidad Androide.

Cuando el resultado es superior a 0.8 en la mujer nos indica Obesidad Ginoide.

Teniendo en cuenta los factores que participan en la determinación de riesgo de padecer cáncer de mama, la detección temprana es el medio más importante para un tratamiento oportuno, la cual se basa en tres pilares fundamentales, los cuales son: el autoexamen de mama mensual, la mamografía y el examen clínico de la mama por un profesional médico.

Con referencia al autoexamen de mamas, hay pruebas que indican que las mujeres que se lo realizan ocasionalmente o con regularidad, tienen mayores probabilidades de descubrir tumores pequeños o de tener un número menor de ganglios linfáticos positivos en el momento del diagnóstico. Muchas veces no es efectivo por diferentes razones, un conocimiento inadecuado de la técnica, falta de confianza en la capacidad para realizarlo y detectar anomalías, el miedo a un hallazgo, incomodidad por tocarse las mamas, falta de confianza en la realización del mismo, como medio para detectar cambios, olvido y falta de motivación.

Debe aconsejarse a las mujeres que se realicen el autoexamen de mamas en forma mensual. Las mujeres premenopáusicas deben examinarse entre el quinto y el séptimo día después del comienzo de la menstruación. En ese momento, las mamas se encuentran menos congestionadas y sensibles, lo que permite un examen más detallado y reduce las probabilidades de error. Las mujeres posmenopáusicas o que no menstrúan, debe seleccionar el mismo día de cada mes para realizarse el autoexamen de mamas.

El autoexamen de mamas incluye la inspección y la palpación de las mamas tanto de pie como acostada, centrando la atención en la evaluación de cualquier cambio. Un examen detallado por lo general tarda de 10 a 15 min.

La mamografía es el mejor método para detectar el cáncer de mama antes de que pueda palparse por medio del examen clínico o el autoexamen.

Cuando una lesión mide un centímetro de diámetro y pueda palparse, se calcula que ha estado presente durante más de ocho años.

La mamografía también es útil para examinar a mujeres en alto riesgo y a aquéllas cuyas mamas son difíciles de palpar.

La ecografía, junto con la mamografía, es útil en el diagnóstico porque ayuda a diferenciar un quiste con contenido líquido de una masa sólida, además adquiere su valor en mamas densas difíciles de detectar en la mamografía.

Cuando la mamografía se realiza de manera adecuada, es posible detectar 85 a 90% de los tumores y reduce un 30% la mortalidad en las mujeres mayores de 50 años. Como es probable que un 10% de las lesiones malignas pasen desapercibidas, una mamografía negativa en una mujer con síntomas clínicos no descarta la necesidad de una biopsia.

El tamizaje con mamografía consiste en dos proyecciones de cada mama: una de lado a lado (oblicua medio lateral) y otra de arriba abajo (cráneo caudal). La mama se comprime en ambas proyecciones para disminuir su grosor y permitir una mejor visualización de sus estructuras, lo cual reduce también la cantidad de radiación. Con el fin de evitar la incomodidad de la mujer, es mejor no realizar la mamografía de control justo antes de la menstruación.

La dosis de radiación ha disminuido bastante desde la década de los 60, y el riesgo es nulo con los equipos dedicados sólo a estos procedimientos. No se ha establecido una edad tope de efectividad.

En cuanto el examen clínico de las mamas lo debe realizar un profesional médico capacitado. Durante la realización del examen clínico es el momento oportuno del profesional médico para solicitar a la mujer una mamografía de control o si lo considera conveniente ante una duda; además de demostrar la técnica del autoexamen de mama, explicando las razones de su realización y motivando a las mujeres para que participen en su cuidado. Dicho procedimiento no será incluido como variable para la realización del estudio, ya que al abordar éste ítem, consideramos que estaríamos evaluando la labor del profesional médico y no es el tema que nos compete en ésta investigación.

## **Diseño Metodológico**

### **➤ Tipo de Investigación:**

El tipo de estudio que utilizamos para la investigación fue descriptivo, ya que nos habíamos planteado como objetivo describir los hechos tal como se presentaron, mediante la posible asociación de variables que influyen sobre el mismo, constituyendo éste un primer nivel de investigación. Así mismo el tipo de estudio fue retrospectivo, ya que se describieron hechos ocurridos con anterioridad a la realización de la investigación. Debido a que nuestra investigación describió diferentes variables simultáneamente en un tiempo dado, podemos decir que la secuencia del estudio fue transversal.

### **➤ Área de Estudio:**

La investigación fue llevada a cabo en la Policlínica Equipo de Mama y los Grupo de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, el cual depende del Ministerio de Defensa Nacional, el mismo cuenta con un sector de internación cuya entrada es por Avenida 8 de Octubre 3050, y otro sector de atención ambulatoria ubicado por Avenida Centenario, donde esta ubicada dicha Policlínica. Dicho centro se encuentra localizado en la ciudad de Montevideo de la Republica Oriental del Uruguay.

### **➤ Definición y medición de variables:**

#### **Variable Estado civil:**

**Definición Conceptual:** Es la condición legal del individuo en lo que respecta a su relación de pareja.

**Definición Operacional:**

**Categorías:**

- Soltera: Es la usuaria que no esta unida en forma legal a un hombre.
- Casada: Es la usuaria que se encuentra unida en forma legal a un hombre.
- Unión estable: Es la usuaria que tiene una pareja estable con la cual vive bajo el mismo techo y no esta reconocido legalmente.
- Divorciada: Es la usuaria que estuvo unida en matrimonio y actualmente se encuentra separada legalmente.
- Viuda: Es la usuaria que estuvo unida en matrimonio con un hombre que falleció.

### **Variable Nivel de Instrucción:**

**Definición Conceptual:** Es el máximo nivel de educación que adquirió formalmente la usuaria.

**Definición Operacional:**

**Categorías:**

- **Analfabeto:** Son las usuarias que no tienen ningún tipo de educación formal.
- **Primaria incompleta:** Son las usuarias que no terminaron de cursar primaria.
- **Primaria completa:** Son las usuarias que cursaron primaria completa como último nivel de educación.
- **Secundaria incompleta:** Son las usuarias que cursaron algún año de secundaria, sin llegar a culminarla.
- **Secundaria completa:** Son las usuarias que hayan terminado la secundaria, como último nivel de educación.
- **UTU incompleta:** Son las usuarias que hayan comenzado algún curso sin llegar a culminarlo.
- **UTU completa:** Son las usuarias que hayan realizado algún curso y lo hayan culminado.
- **Terciaria incompleta:** Son las usuarias que comenzaron alguna carrera universitaria y no la culminaron.
- **Terciaria completa:** Son las usuarias que realizaron alguna carrera universitaria y la culminaron.

### **Variable Ocupación:**

**Definición Conceptual:** Son las actividades realizadas por las usuarias, por lo cual reciben a cambio o no una retribución monetaria, pudiendo ser o no la fuente de sus sustento.

**Definición Operacional:**

**Categorías:**

- **Ama de casa:** Son las usuarias que realizan las tareas de su casa.
- **Empleada:** Son las usuarias que desempeñan actividades por las cuales recibe a cambio una retribución monetaria.
- **Desocupada:** Son las usuarias que realizan actividades por las cuales recibían a cambio una retribución monetaria, pero actualmente no cuenta con ella.
- **Jubilada:** Son las usuarias que realizaron actividades por las cuales recibían a cambio una retribución monetaria y actualmente están retiradas recibiendo retribución monetaria.
- **Pensionista:** Es la usuaria que recibe una retribución monetaria ya sea por incapacidad o por parte de algún familiar.

**Variable Procedencia:**

Definición Conceptual: Lugar de residencia de las usuarias que concurren a la Policlínica.

Definición Operacional:

Categorías:

- Montevideo: Son las usuarias que tienen su lugar de residencia en Montevideo.
- Interior: Son las usuarias que tienen su lugar de residencia fuera de Montevideo.

**Variable Antecedentes Familiares:**

Definición Conceptual: Es tener familiares directos como madre, hermana, hija con cáncer de mama.

Definición Operacional:

Categorías:

- Si: Son las usuarias que tienen madre, hermana o hija con cáncer de mama.
- No: Son las usuarias que no tienen madre, hermana ni hija con cáncer de mama.

**Variable Nuliparidad:**

Definición Conceptual: Es la usuaria que no ha tenido hijos.

Definición Operacional:

Categorías:

- Si: Son las usuarias que no tienen hijos.
- No: Son las usuarias que tienen hijos.

**Variable Obesidad Genóide:**

Definición Conceptual: Es la usuaria con mayor disposición de tejido graso a nivel de miembros inferiores (muslos) y/o cintura, cuyo índice cintura cadera es  $>0.8$ .

Definición Operacional:

Categorías:

- Si: Son las usuarias con índice cintura cadera  $>0.8$ .
- No: Son las usuarias con índice cintura cadera  $<0.8$ .

**Variable Conocimiento de la técnica de realización del Autoexamen de mama:**

**Definición Conceptual:** Conocimiento de la técnica de palpación e inspección de la mama, enseñada por un profesional de la salud. La misma será evaluada mediante la verbalización y demostración de la misma.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- Si: Son las usuarias que conocen la técnica de palpación e inspección de la mama, y fueron enseñadas por un profesional.
- No: Son las usuarias que no conocen la técnica de palpación e inspección de la mama.

**Variable Realización del Autoexamen de mamas:**

**Definición Conceptual:** Es la palpación e inspección que la mujer se realiza de las mamas, en forma mensual y cuya técnica fue enseñado por un profesional de la salud.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- Si: Son las usuarias que se palpan e inspeccionan las mamas en forma mensual y la técnica fue enseñada por un profesional de la salud.
- No: Son las usuarias que no se palpan e inspeccionan las mamas en forma mensual y la técnica fue enseñada por un profesional de la salud.

**Variable Realización de la Mamografía:**

**Definición Conceptual:** Es la realización de una radiografía de los tejidos blandos de la mama, que permite la identificación de diversos procesos neoplásicos benignos y malignos.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- Si: Son las usuarias que se realizan la radiografía de los tejidos blandos de la mama.
- No: Son las usuarias que no se realizan la radiografía de los tejidos blandos de la mama.

### **Variable Frecuencia de realización de la Mamografía:**

**Definición Conceptual:** Es la realización de la mamografía previo al diagnóstico, en forma anual a partir de los 35 años.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- **Sí:** Son las usuarias que se realizaban la mamografía en forma anual.
- **No:** Son las usuarias que no se realizan mamografía en forma anual.

### **➤ Universo**

Son todas las usuarias con diagnóstico de cáncer mama que consultaron en la Policlínica Equipo de Mama y aquellas que concurren a los Grupos de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período comprendido entre enero y octubre del año 2006.

### **➤ Muestra**

Son todas las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que consultaron en la Policlínica Equipo de Mama y aquellas que concurren a los Grupos de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006.



## Presentación e interpretación de los datos.

La institución seleccionada para llevar a cabo la investigación fue el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

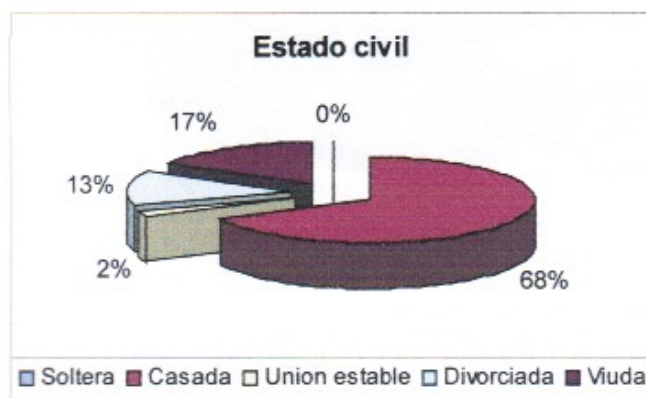
La muestra de este estudio la constituyeron 53 usuarias que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

**TABLA N° 1**

Estado civil de las usuarias entrevistadas, que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Estado civil	FA (n°)	FR (%)
Soltera	0	0
Casada	36	68
Unión estable	1	2
Divorciada	7	13
Viuda	9	17
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 68% de las usuarias entrevistadas se encuentran casadas.

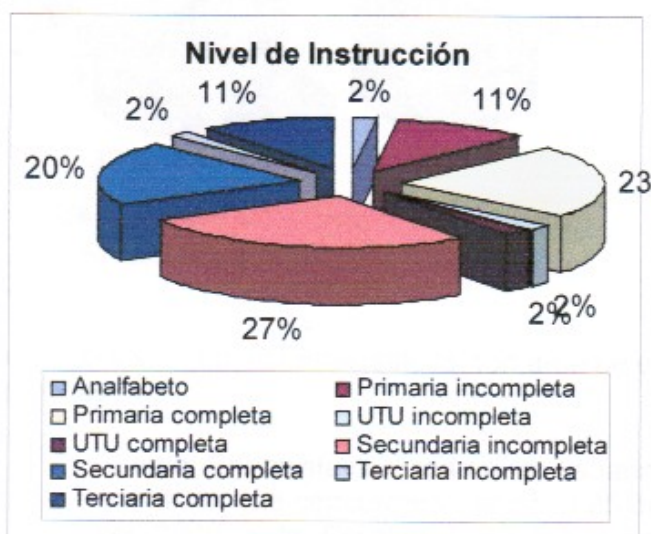
- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

**TABLA N° 2**

Nivel de instrucción de las usuarias entrevistadas, que concurren a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Nivel de Instrucción	FA (n°)	FR (%)
Analfabeto	1	2
Primaria incompleta	5	11
Primaria completa	13	23
UTU incompleta	1	2
UTU completa	1	2
Secundaria incompleta	15	28
Secundaria completa	11	20
Terciaria incompleta	1	2
Terciaria completa	5	11
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 2% de las usuarias entrevistadas son analfabetas, lo cual nos habla que hay un alto porcentaje de alfabetización.

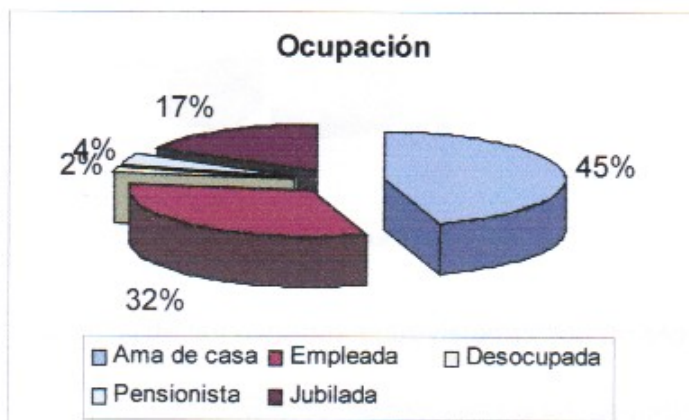
- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

**TABLA N° 3**

Ocupación de las usuarias entrevistadas, que concurren a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Ocupación	FA (n°)	FR (%)
Ama de casa	24	45
Empleada	17	32
Desocupada	1	2
Pensionista	2	4
Jubilada	9	17
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 45% de las usuarias entrevistadas son ama de casa, le sigue con un 32% de empleadas.

- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

**TABLA N° 4**

Procedencia de las usuarias entrevistadas, que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Procedencia	FA (n°)	FR (%)
Montevideo	30	57
Interior	23	43
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 57% de las usuarias entrevistadas son de Montevideo.

- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

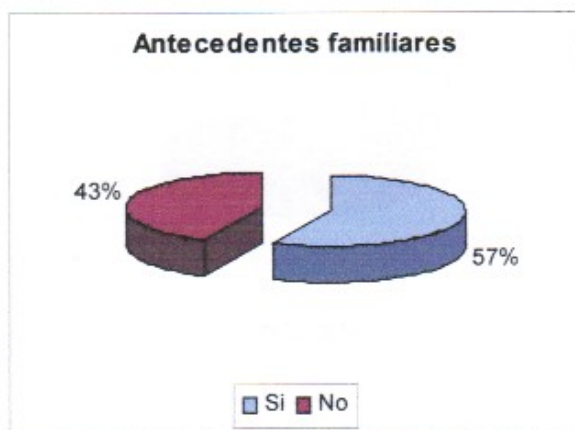


**TABLA N° 5**

Antecedentes familiares de cáncer de mama en las usuarias entrevistadas, que concurren a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Antecedentes familiares	FA (n°)	FR (%)
Si	30	57
No	23	43
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 57% de las usuarias entrevistadas tienen antecedentes familiares de cáncer de mama.

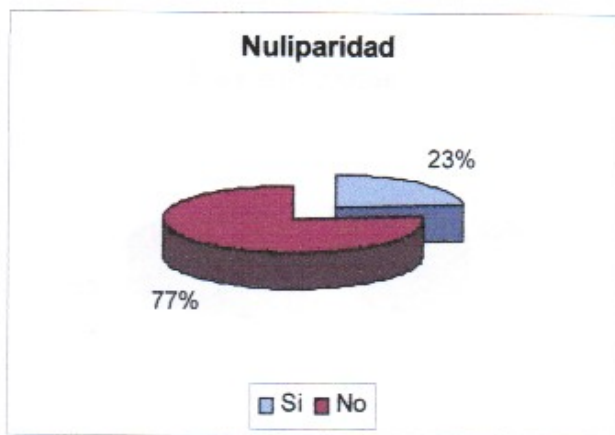
- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

**TABLA N° 6**

Nuliparidad en las usuarias entrevistadas, que concurren a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el periodo comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Nuliparidad	FA (n°)	FR (%)
Si	12	23
No	41	77
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 77% de las usuarias entrevistadas no son nulíparas.

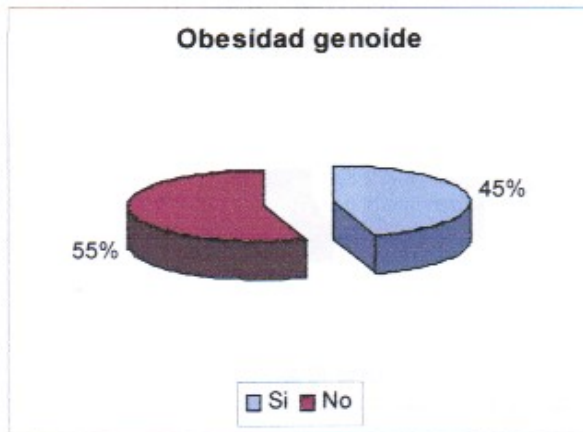
- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

**TABLA N° 7**

Obesidad genoide en las usuarias entrevistadas, que concurren a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Obesidad Genoide	FA (n°)	FR (%)
Si	24	45
No	29	55
N	53	100

- Ver representación gráfica



El 55% de las usuarias entrevistadas no tienen obesidad genoide.

- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

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

**TABLA N° 8**

Conocimiento de la técnica de realización del autoexamen de mamas por parte de las usuarias entrevistadas, que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Conocimiento	FA (n°)	FR (%)
Si	25	47
No	28	53
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 79% de las usuarias entrevistadas, tenían conocimientos acerca de la técnica de realización del autoexamen de mamas previo al diagnóstico.

- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.



**TABLA N° 9**

Realización del autoexamen de mama según recomendaciones del servicio en las usuarias entrevistadas, que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Realización Autoexamen	FA (n°)	FR (%)
Si	17	32
No	36	68
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 57% de las usuarias entrevistadas, no se realizaban el autoexamen de mamas según las recomendaciones del servicio.

- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

**TABLA N° 10**

Realización de la mamografía previo al diagnóstico en las usuarias entrevistadas, que concurren a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Realización Mamografía	FA (n°)	FR (%)
Si	18	34
No	35	66
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 66% de las usuarias entrevistadas no se habían realizado mamografías previo al diagnóstico.

- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.FF.AA.

**TABLA N° 11**

Frecuencia de realización de la mamografía según recomendaciones del servicio, en las usuarias entrevistadas, que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006.

Frecuencia de mamografía	FA (n°)	FR (%)
Si	15	28
No	38	72
N	53	100

- Ver representación gráfica.



El 72% de las usuarias entrevistadas no se realizaban la mamografía con la frecuencia que determina las recomendaciones del servicio.

- Fuente: Entrevista realizada a las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron entre el 25 de setiembre y 25 de octubre del 2006 a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.F.F.AA.

## Análisis

Los datos analizados fueron recabados en la Policlínica Equipo de Mama y en los Grupos de Autoayuda, perteneciente al Hospital Central de las Fuerzas Armadas; en el periodo comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006, utilizando como instrumento para la recolección de datos una entrevista estructurada<sup>8</sup>. La población seleccionada fueron usuarias con diagnóstico de cáncer de mama, de las cuales se requirió información sobre el autocuidado previo al diagnóstico.

La muestra obtenida en dicho periodo fue de 53 usuarias, de las cuales el 57% son de Montevideo, estas cifras coinciden con la estadística nacional, la cual establece un mayor índice de cáncer de mama en Montevideo con respecto al interior. Por otro lado refiere a la modalidad de atención del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, la cual es descentralizada y la asistencia de usuarias del interior se realiza por derivación médica.

En cuanto a la variable nivel de instrucción, la mayoría de las mujeres no culminaron la secundaria con 28%, salvo el 20% que si la culminaron. Asimismo el 11% de la población entrevistada tiene sus estudios primarios incompletos y un 2% son analfabetos. En contraposición a estos resultados tenemos que un 11% posee estudios terciarios completos y un 2% no ha culminado los mismos. Con respecto a estos resultados, cabe destacar el gran porcentaje de alfabetización de la población estudiada, ya que solo el 2% son analfabetos. De acuerdo al elevado nivel de instrucción, consideramos que las campañas informativas dirigidas a la prevención y promoción en salud, pueden ser muy enriquecedora y tener una buena recepción por parte de las usuarias.

En lo que ha la ocupación se refiere el 45% de las usuarias son amas de casa, el 32% son empleadas, un 17% jubiladas, un 4% pensionistas y el 2% se encuentra desocupada.

De los datos recabados se desprende en cuanto al estado civil de las usuarias que el 68% son casadas, el 17% corresponde a viudas, un 13% son divorciadas y el 2% de las mismas se encuentran en unión estable.

De las usuarias entrevistadas el 57% tienen antecedentes familiares de cáncer de mama, este índice se corresponde con uno de los factores de riesgo que tiene mayor incidencia en la presencia de dicha patología. Debemos de tener en cuenta que es un factor no modificable, considerándose un factor fundamental, cuya presencia determina la frecuencia de los controles en la mujer sana.

En cuanto al factor de riesgo nuliparidad, de las usuarias entrevistadas el 77% de las mismas tienen hijos y un 23% son nulíparas, correspondiendo esto a un tercio de la muestra, cifra que no deja de ser significativa con respecto a nuestra población.

Con respecto a la obesidad genóide el 45% de las usuarias entrevistadas presenta esta forma de obesidad; la cual es tomada como un factor que aumenta la probabilidad de padecer cáncer de mama. El 55% restante no la presenta.

---

<sup>8</sup> Ver Anexo N° 5

al diagnóstico, mientras que un 47% refiere conocer dicha técnica, en contraposición a estos datos obtuvimos que solo el 32% se la realiza según recomendaciones del servicio, el restante 68% no se la realiza.

Estos porcentajes no se corresponden teniendo en cuenta que las usuarias tienen el conocimiento pero no se realizan autoexamen de mamas, podemos inferir que el nivel de instrucción no influye en la realización del mismo, ya que en la muestra, las usuarias poseen alto porcentaje de alfabetización.

Al referirnos a la realización de la mamografía tenemos que un 66% no se la realizaba previo al diagnóstico, y un 34% se la realizaba, de este porcentaje sólo el 28% se realizaba la mamografía según la frecuencia establecida en las recomendaciones del servicio. Debemos puntualizar que para la realización de la misma, es necesario concurrir a control con un profesional quien es responsable de indicar la realización de dicho estudio.

Esta relación se encuentra determinada por diferentes factores: como son el hecho de que un alto porcentaje de estas usuarias poseen antecedentes familiares de cáncer de mama, por lo cual se puede atribuir cierto temor a que este padecimiento se repita en ellas.

Otro factor al cual se puede atribuir es a que un alto porcentaje de estas usuarias son casadas, tienen hijos y son empleadas, abocándose a su familia, casa, empleo, relegando su autocuidado a un segundo plano. Si bien actualmente se esta teniendo en cuenta por parte de la legislación y los agentes de salud el enfoque de genero, a nivel de la población no se ven reflejados los cambios ya que las usuarias no han incorporado dichos cambios a su vida cotidiana.

## Conclusión

Partiendo de la muestra estudiada, destacamos que si bien la población cuantitativamente no es representativa de toda la población que se asiste en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas; tuvo una limitación externa a nuestra voluntad, ya que se debió a las consultas realizadas en un tiempo y un perfil preestablecido en el proyecto de investigación; si, es muy importante destacar lo positivo y enriquecedor que ha sido esta experiencia en cuanto a la aplicación real del método científico; y como negativo podemos destacar el no haber tomado la variable edad al diagnóstico, ya que hubiese sido de utilidad al momento de caracterizar a la población de estudio.

En cuanto a los objetivos propuestos en nuestro proyecto de investigación, concluimos que:

- Se caracterizó la población de estudio según indicadores sociodemográficos.
- Se caracterizó la población según los factores de riesgo seleccionados.
- Se conoció el número de usuarias que se realizaban el autoexamen de mamas y la mamografía según recomendaciones del servicio, previo al diagnóstico.

Por lo anteriormente mencionado podemos decir que los mismos fueron alcanzados en su totalidad, cumpliendo con el objetivo general, colmando las expectativas de las investigadoras.

A la luz de los datos obtenidos concluimos que en las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurrieron a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, se evidencia un incumplimiento en cuanto a la realización de los controles según recomendaciones del servicio, teniendo en cuenta que el servicio de fácil acceso y que los exámenes son de bajo costo.

Consideramos que el servicio debe de buscar formas de acercamiento con la comunidad, de manera de motivar a las usuarias en cuanto a la realización de controles preventivos, promoviendo su autocuidado.

Con respecto a los motivos de la no realización del autoexamen de mamas y de la mamografía además de los antes establecidos, existen los factores socioculturales donde aún permanecen mitos y creencias fuertemente arraigados, sobre lo que es la patología maligna de mama y sus tratamientos, tanto quirúrgicos como medico.

Es de destacar el gran apoyo que hemos recibido de parte de todos aquellos que integran el Equipo de mama, que nos han hecho sentir parte del mismo, brindándonos un espacio como profesionales de la salud. Teniendo en cuenta que no están habituados a trabajar en conjunto con estudiantes, valorando nuestro trabajo y tratándonos como profesionales.

Asimismo destacamos la disponibilidad, aceptación y apertura de las usuarias a la hora de realizar las entrevistas.

## Sugerencias

De acuerdo a los resultados obtenidos, es pertinente plantear algunas propuestas que puedan contribuir a mejorar el índice de realización de autoexamen de mama y mamografía previo al diagnóstico de cáncer de mama, siendo las siguientes:

- Reorientar la educación sanitaria y los servicios de salud (fundamentalmente el Primer Nivel) para satisfacer de forma real las necesidades de la población.
- Es necesario enfatizar en la información a la comunidad en cuanto a la correcta técnica de realización de autoexamen de mama y la concurrencia a los controles clínicos periódicos con un Profesional de la salud, donde se indique la mamografía; ya que dichos procedimientos son el mejor medio para la detección temprana del cáncer de mama, favoreciendo el autocuidado.
- A nivel estatal los equipos de salud, deben de ser interdisciplinarios, contando con Enfermería Profesional, con la finalidad de fomentar la salud, detectar problemas y actuar sobre ellos, fomentando la educación y actuando como nexo entre el equipo interdisciplinario y el usuario, tal como se refleja en esta institución.
- Sería trascendente que la información que se ha manejado en esta investigación sirva como referencia para futuras investigaciones sobre la temática abordada, en ésta se debería tener en cuenta las variables que no fueron abordadas en esta oportunidad.

## Bibliografía

H. de Canales; Metodología de la Investigación. Segunda edición 1994. OPS.

J.Vasallo, E.Barnos; Actualización ponderada de los factores de riesgo del cáncer "Las localizaciones de la enfermedad en el Uruguay, su distribución por incidencia y mortalidad". Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. 2005.

J.Vasallo, E.Barnos; III Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay "Comparación de dos quinquenios 1994-1998 y 1999-2003". Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.2005.

J.Vasallo, E.Barnos, E. De Stefani, A. Ronco; II Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 1996-1997. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.2001.

Shirley E. Otto; Enfermería Oncológica. Vol. 1. Tercera edición. Mosby 1999. Madrid- España. Cap. 6.

Roland T. Skeel y colaboradores; Quimioterapia del Cáncer. Quinta edición. Ediciones Marban. Año 2000.

UICC ( International Unión Against Cáncer); Manual de Oncología Clínica. Quinta edición. Ediciones Doyma.1992.

S. Robles, MD, MSC, Eleni Galanis MD, MPH; El Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe: Informar sobre las opciones. OPS/ OMS. 2001.

Dr. J.A. Carambula. Programa Nacional de Cáncer de Mama "Evaluación de sus avances a los 7 años de desarrollo". MSP, Montevideo 1998.

Lactancia materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" Chile, OMS. 1997.

Manual de Enfermería. Océano- Centum.

Torresani M.E "Cuidado Nutricional". Editorial Universitaria Buenos Aires, 2005.

Transformando los sistemas de Salud : Genero y derechos en salud reproductiva. Manual de Capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra, OMS, 2001.

Ps. López Gómez Alejandra "Del Enfoque Materno-Infantil al Enfoque de la Salud Reproductiva.- Tensiones, Obstáculos y Perspectivas." Montevideo, Uruguay, año 2003.



Cerrutti Basso Stella. "Salud y Sexualidad Desde una Perspectiva de Genero"

Caja Lopez Carmen. "Enfermería Comunitaria III". Ediciones Científicas y Técnicas, SA Masson Salvat enf. 1993, España.

Dirección General de la salud, División Salud de la Población: "Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Genero". Uruguay marzo 2006, MSP:

# ANEXOS

## **ANEXO N° 1**

### **Protocolo de Investigación**

## Introducción

El siguiente protocolo fue realizado por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República.

El mismo será realizado en la Policlínica Equipo de Mama a cargo del Dr. Aizen que funciona tres veces por semana en el horario de la tarde en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Esta Policlínica cuenta con un equipo interdisciplinario, el cual realiza la atención y seguimiento de la mujer con patología de mama.

En este equipo la Licenciada en Enfermería no solo realiza actividades dirigidas a la atención y seguimiento de las usuarias, si no también a la promoción y prevención; además realiza trabajos de investigación en el área de Enfermería. Dichos Profesionales se mostraron interesados en nuestra propuesta, ya que el objetivo de la Policlínica no es solo la asistencia, si no también la prevención y promoción. Cabe mencionar también el interés por parte del equipo en realizar un abordaje integral mediante la atención interdisciplinaria mejorando la calidad en la atención y el seguimiento. Este servicio cuenta con la tasa de morbimortalidad mas baja del Uruguay.

Buscamos con este trabajo conocer cuantas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se realizaban autoexamen de mamas y mamografía en tiempo y forma antes del diagnóstico. Como requisito para realizar dicho trabajo en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, se realizarán las solicitudes para obtener las autorizaciones dirigidas al Director de la Institución, al Director de la Policlínica y a la Licenciada de la Policlínica<sup>9</sup>.

Para llevara a cabo esta investigación se realizarán entrevistas personales a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que concurren a la Policlínica Equipo de mama y a los Grupos de Autoayuda, estos grupos se dividen en dos; a uno concurren las mujeres con reciente diagnóstico (año 2006) y al otro mujeres con un tiempo mayor de diagnóstico.

Al finalizar dicha investigación se realizara una devolución al servicio sobre los resultados obtenidos.

---

<sup>9</sup> Ver Anexo N° 2

## **Área Problema:**

*Mujer y autocuidado en salud.*

## **Problema:**

Como realizaron su autocuidado las usuarias previo al diagnóstico de cáncer de mama, que concurren a la policlínica Equipo de Mama y a los Grupos de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006.

## **Objetivo General:**

- Determinar si las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren a la Policlínica Equipo de Mama y a los Grupos de Autoayuda, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006; se realizaban autoexamen de mama y mamografía, según las recomendaciones del servicio, previo al diagnóstico.

## **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar la población de estudio según indicadores sociodemográficos.
- Caracterizar la población según los siguientes factores de riesgo; antecedentes familiares, nuliparidad, obesidad.
- Conocer el número de usuarias que se realizaban el autoexamen de mamas previo al diagnóstico, según recomendaciones del servicio.
- Conocer el número de usuarias que se realizaban mamografía previo al diagnóstico, según recomendaciones del servicio.

## Justificación

En Uruguay el cáncer de mama constituye un serio problema sanitario que justifica plenamente el haber sido declarado como un Problema Prioritario de Salud por el Ministerio de Salud Pública en 1990 y motivó la implementación del Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM) a partir de 1991.

Así mismo en Junio de 2000 el parlamento declara de interés público la prevención de cánceres genito-mamarios decretando la ley n° 17242<sup>10</sup>, en donde las trabajadoras de la actividad pública y privada tendrán derecho a un día al año de licencia especial con goce de sueldo para realizarse exámenes de papanicolau y mamografía.

Cabe destacar que el cáncer se encuentra como segunda causa de muerte en el año 2002<sup>11</sup>, y el cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las causas de muerte en mujeres de 15 a 85 años.

Es importante mencionar que en el período comprendido entre 1999 y 2003 se diagnosticaron 3.140 casos de cáncer de mama en todo el país, de los cuales 1.509 corresponden al interior y los 1.631 restantes fueron diagnosticados en Montevideo.

Si tenemos en cuenta los tipos de cáncer como causa de mortalidad femenina, se destacan tres: en primer lugar el cáncer de mama con 609 casos, luego el cáncer de útero con 133 casos y por último el cáncer de cuello uterino con 76 casos<sup>12</sup>.

Si hablamos de mortalidad por cáncer de mama en el período comprendido entre 1999 y 2003 debemos decir que el primer lugar lo ocupa Rocha, Lavalleja, Cerro Largo, Salto y Montevideo, respectivamente.

Con esta extrapolarización de datos queremos reafirmar la importancia del tema seleccionado, ya que es la primera causa de muerte femenina dentro de la mortalidad por cáncer, además vemos que el número de casos de cáncer de mama es muy elevado con respecto a los demás ya que con el cáncer de útero encontramos 476 casos de diferencia.

No encontramos estudios anteriores a nivel nacional, ni latinoamericano sobre autocuidado en la mujer con diagnóstico de cáncer de mama.

Consideramos que este tema es importante para Enfermería, ya que como agentes de salud nos vemos involucrados fundamentalmente en el primer nivel de atención, donde la educación juega un papel esencial e imprescindible a la hora de estimular el autocuidado, favoreciendo la detección temprana y diagnóstico oportuno. Nos interesa como profesionales inserto en un equipo interdisciplinario abordar este tipo de población, aplicando las cuatro funciones básicas de la Enfermera Profesional, que son: asistencia, docencia, investigación y administración; herramientas sumamente útiles a la hora de realizar atención integral, abordando en nuestra investigación los pilares fundamentales de la detección temprana; que son la realización del auto examen de mama, de mamografía y controles ginecológicos periódicos. Esta información nos permitirá reforzar aquellos puntos débiles teniendo en cuenta que la mujer

---

Ver Anexo N°3

Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística año 2004, Ver Anexo N° 4.

Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística año 2004, Ver Anexo N° 4.

uruguay esta poco habituada a concurrir a los controles ginecológicos periódicos (momento en el cual se indica la mamografía) y a la realización del autoexamen de mama; quedando su salud y su autocuidado relegado a un segundo plano en pos del resto de la familia u otras prioridades.

El cáncer de mama cursa en sus primeras etapas de forma asintomático, siendo el diagnóstico temprano importante ya que permite una mejor rehabilitación y pronóstico vital.

Elegimos para realizar nuestra investigación la Unidad de Mastología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, ya que cuenta con un equipo interdisciplinario que funciona en forma tal, brindando realmente una asistencia integral a las mujeres con patologías de mama.

A nivel nacional dicha unidad de atención posee estadísticamente el mayor índice de sobrevida comparada con instituciones privadas y públicas del medio.

## Marco Referencial

Nuestra investigación se llevará a cabo en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, situado en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, barrio La Blanqueada. Al mismo se puede acceder por la Avenida 8 de Octubre N° 3050 o por la Avenida Centenario. Depende del Ministerio de Defensa Nacional; su atención se encuentra descentralizada en CAPS (Centro de Atención Periférica), además de existir convenios con el Ministerio de Salud Pública y realizar ventas de servicios.

Los beneficiarios son los funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional, esposo/a, hijos hasta 21 años, y en caso de estudiantes hasta 27 años de edad.

La unidad de mastología se encuentra ubicada en el edificio central del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, primer piso, ala norte, esta unidad se encuentra dirigida por el Dr. Bernardo Aizen.

Dentro de este servicio existen diferentes especialidades, como ser: cirugía, ginecología, radiología, anatomía patológica, atención psicológica profesional, oncología, cirugía plástica, fisioterapia, enfermería profesional, además de contar con seguimiento clínico y servicio de secretaría.

Estos diferentes profesionales en su conjunto logran realizar una atención integral y humana de la usuaria con patología de mama.

Con referencia al autocuidado, mediante estudios realizados en el servicio se llegaron a estas recomendaciones: en cuanto a la realización del autoexamen de mama el mismo debe realizarse en forma mensual; para determinar la frecuencia de realización de mamografía se toma en cuenta la presencia o no de antecedentes familiares de cáncer de mama, estableciéndose: mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama deben realizarse mamografía en forma anual a partir de los 25 años de edad; sin antecedentes familiares de cáncer de mama la realización de mamografía es de forma anual a partir de los 35 años de edad.

En cuanto a la forma de ingreso de la mujer al servicio, se realiza mediante la consulta en policlínica; ya sea derivada por otro profesional o que consulte directamente en el servicio.

En la primera consulta se realiza una anamnesis que incluye: datos patronímicos, factores de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes personales, entre otras cosas.

En esta consulta se realiza un examen clínico de mama y se solicita la mamografía anual si aun no se la realizado.

Con referencia a la mamografía la evaluación de la mama se clasifica mediante la escala birads, la cual toma una puntuación de 1 a 5, considerándose normal de 1 a 3. Luego de este, 4 es altamente sospechoso y 5 confirma la patología. A partir de este resultado, se evalúa la conducta a tomar en cuanto al tratamiento y seguimiento.

Cuando se confirma la malignidad los datos de esta usuaria entran a un fichero, confeccionado para realizar un adecuado seguimiento sin tener perdida de tiempo a la hora de solicitar la historia clínica central.

Este fichero se confecciono en el año 2001, con el fin de acceder en forma rápida a la información en cuanto a la patología mamaria.

De aquí en más se realiza el seguimiento según recomendaciones del servicio.



La Policlínica Equipo de mama funciona lunes de 12:00 a 14:00hs, miércoles de 12:30 a 14:30hs y viernes de 8:00 a 10:00hs.

En estos días atienden el equipo de cirugía, ginecología, contando con el apoyo de Enfermería profesional.

Los miércoles es un día especial donde la psicóloga brinda asistencia en paralelo al funcionamiento de la policlínica, derivándosele aquellas usuarias que se encuentran cursando la etapa preoperatorio o aquellas de reciente diagnóstico.

Este servicio cuenta con una Enfermera Profesional que cumple aquellas 4 funciones básicas de la Enfermera Profesional.

Brinda asistencia durante las consultas en Policlínica, la realización de seguimientos mediante citaciones telefónicas en caso de que la usuaria no concorra a las consultas programadas o en el caso que deba retirar algún estudio.

Además, formaron un grupo de autoayuda pensando en las necesidades de estas usuarias y buscando contar con un espacio donde puedan compartir sus experiencias personales, evacuar dudas e inquietudes y brindarse apoyo mutuamente.

El grupo de autoayuda funciona una vez por mes, dividiéndose en dos subgrupos, integrado uno por mujeres de reciente diagnóstico y el otro por aquellas usuarias que se encuentran en la etapa de rehabilitación, hallándose algunos casos de recidiva.

Funcionan el segundo lunes y cuarto lunes de cada mes respectivamente, a las 14 horas.

Estos grupos durante las reuniones realizan tareas de labor terapia, realización de folletos explicativos sobre la enfermedad; interesadas en darse a conocer e incentivar la concurrencia al grupo.

En estos espacios además de la presencia de la Licenciada en Enfermería, se suma la psicóloga y la doctora encargada del seguimiento clínico; en algunas oportunidades también con la presencia del director de la unidad.

Con respecto a la docencia, en forma anual se programan actividades educativas sobre prevención de cáncer de mama, dirigidas al público en general y al personal del hospital.

Al ser un centro que cuenta con el mayor porcentaje de sobrevida, además de funcionar en forma interdisciplinaria al brindar asistencia, es tomado por otras instituciones como referente; motivo por el cual son invitados a explicar su modelo de atención y en oportunidades a capacitar personal.

Con referencia a la administración se encarga de coordinar estudios, llevar adelante el fichero de patología mamaria con el fin de asegurarse un buen seguimiento, reclamar resultados de estudios, programar casos para presentar en ateneos, programar visitas en el preoperatorio inmediato a usuarias internadas.

Para la realización de alguna de estas actividades cuenta con el apoyo de la secretaria.

Al referirnos a la investigación podemos afirmar que ha realizado varios estudios en el área de enfermería con referencia a aspectos psicológicos, sexualidad y rehabilitación en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

## Marco Conceptual

En las últimas décadas el concepto de salud se ha ido transformando de la salud como ausencia de enfermedad <sup>13</sup>, a los nuevos paradigmas de bienestar, que toman al ser humano desde un abordaje integral inmerso en el medio social, cultural, considerando el momento histórico y económico como parte de un proceso de desarrollo de la humanidad con perspectiva de género.

Como nuestro tema se refiere a la salud de las mujeres, creemos necesario definir lo que es para nosotros salud, basándonos en el concepto del Dr. Hugo Villar, quien define "La salud como categoría biológica y social que constituye una unidad dialéctica resultado de la interacción de los individuos con su medio, condiciona niveles de bienestar y permite a los individuos y a los grupos el cumplimiento de su rol social y está condicionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad, constituye un derecho y un inestimable bien social".

Esta definición toma en cuenta todos los factores que influyen sobre la salud, tratándola de manera global, como una sumatoria de eventos y no solo como la ausencia de enfermedad.

La incorporación de la perspectiva de género al ámbito de la salud es una construcción relativamente reciente, empieza a reconocerse y enfatizarse el papel de la mujer y la necesidad de su incorporación al desarrollo desde un lugar de equidad y participación; y en ese sentido se orientan las declaraciones de distintas conferencias y convenciones a nivel internacional.

En estas conferencias internacionales del Cairo en 1994 y Beijing en 1995 se comprometió a los gobiernos a que facilitaran a todos el acceso completo a los servicios de salud reproductiva de calidad y queda establecido que la religión y o cultura no pueden utilizarse para privar a la mujer del ejercicio de sus derechos humanos. Uruguay suscribió a todos esos acuerdos.

Uno de los resultados más importantes de las conferencias fue que los gobiernos aceptaran que la salud de la mujer es objeto de discriminación. Se enfrentan a discriminación en el sistema de cuidados de salud, acceso a los servicios de calidad y disponibilidad de estos a todo lo largo del ciclo vital, en la asignación de recursos y en la participación en las políticas y toma de decisiones.

Esta mayor conciencia ha hecho que se pase a ver las cosas con una perspectiva de género en donde se tomen en cuenta las diferencias socialmente creadas y las relaciones de poder entre el hombre y la mujer como determinantes de la salud. Por lo tanto la perspectiva de género es una forma diferente de mirar los hechos y procesos sociales enfatizando en las asimetrías, desigualdades, inequidades resultantes de las concepciones, mitos, sentimientos y valores respecto a la condición femenina y/o masculina.

El género, en tanto construcción social compleja, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales (categoría relacional) y una forma primaria de relaciones significativas de poder (ordenador social). Asimismo, refiere a una cuestión de los sujetos y sus identidades, en tantas

---

<sup>13</sup> Según la Organización Mundial de la Salud.

subjetividades producidas socio-históricamente. Cuatro dimensiones constituyen lo sustancial del sistema de géneros en las cotidianidades de las sociedades: lo normativo (conjunto de reglas instituidas que se apoyan en lo simbólico); lo simbólico (las representaciones del imaginario social sobre lo femenino y lo masculino, y sus relaciones); lo político institucional (sistema de instituciones que definen y redefinen cotidianamente las relaciones de género) y lo subjetivo (que expresa la estructuración en lo subjetivo y psíquico de los aprendizajes acerca de lo que significa ser varón o ser mujer)<sup>14</sup>.

La incorporación del enfoque de género a las políticas de salud (y particularmente de salud reproductiva) implica una intencionalidad y sensibilidad política tendiente a revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción y sus efectos concretos en la vida de las personas.

Permite visualizar e identificar las necesidades diferenciadas de mujeres y varones en relación con su estado de salud, con el acceso y uso de los servicios, y con su participación en el desarrollo de la salud.

Este trabajo se realizara desde el punto de vista de enfermería creemos conveniente mencionar el concepto de Enfermería que sustentara el mismo, para ello tomamos la definición elaborada en el Plan de estudio del año 1993 del Instituto Nacional de Enfermería: "Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención".

Consideramos que en esta definición se ven reflejados las facultades y metas del accionar enfermero, el cual va dirigido no solamente al sujeto si no también al entorno, mencionando las características de la atención brindada por el profesional de Enfermería; el cual recibe una preparación académica sustentada por cuatro pilares básicos que acompañan la profesión en sí misma, los cuales son: función asistencial como una relación directa con el usuario, familia o comunidad, para la ejecución de las acciones precisas a favor del bienestar y la seguridad que pueden tener aspectos de promoción, prevención o rehabilitación; función docente, donde trata de transmitir los conocimientos necesarios para que los usuarios adopten de forma racional y consciente las mejores conductas de salud; también se expresa ésta función en las actividades educativas a los profesionales de la salud. Otro de los pilares se refiere a la función investigadora, que se manifiesta en acciones enfocadas tanto a la aplicación, profundización y desarrollo a los conocimientos propios de la profesión enfermera, como una de la búsqueda de soluciones concretas a problemas de la práctica, mejorándola en forma constante.

Finalmente tenemos la función administradora, la cual se encamina al manejo adecuado de los recursos disponibles dentro de los grupos e instituciones, de manera que el trabajo se realice en forma sistemática y con los mejores resultados.

Además la Atención de enfermería se basa en diferentes tipos de prevención por lo cual nos vemos en la necesidad de mencionar los

---

<sup>14</sup> Scott, 1996.

mismos: la Prevención Primaria, la cual comprende las medidas aplicables al periodo pre- patogénico, se basa en la promoción y protección específica de la salud; en la Prevención Secundaria, ubicamos aquellas medidas aplicables al periodo patogénico, sustentándose en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno; También se la denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada mediante un tratamiento eficaz o curativo.

La Prevención Terciaria involucra aquellas medidas aplicables también al periodo patogénico, pero en esta fase, se apunta a la rehabilitación y reinserción social. Es la restauración de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. La restauración de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

Consideramos que el nivel de autocuidado que la mujer posea, incide en la detección precoz, entendiéndose al autocuidado como la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, responsables de decisiones que condicionan su situación.

Al hablar de autocuidado no podemos dejar sin mencionar la Teoría de Dorothea Orem, creadora de la teoría del déficit de autocuidado.

En su teoría general de enfermería Orem describe tres conceptos: autocuidado (actividad que realiza una persona por sí misma y que contribuye a la salud), déficit de autocuidado (falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para su funcionamiento saludable) y sistema de enfermería.

El núcleo de los cuidados de salud es parte de la vida de las personas y por lo tanto de interés para las enfermeras. El núcleo de ayuda de la enfermera emerge cuando las capacidades de autocuidado son menores que las demandas de autocuidado terapéutico, cuando ocurre esto último entre estas dos variables del paciente se denomina "Teoría de déficit del autocuidado", relación resultante entre déficit de autocuidado del paciente y el sistema de enfermería, es una relación de interacción.

El objetivo de enfermería es proporcionar el sistema apropiado de cuidados hasta que las habilidades de autocuidado del paciente sean suficientes para cubrir sus propias demandas de autocuidado.

Si bien el autocuidado depende del individuo, enfermería juega un papel fundamental en brindar información y en la forma de comunicarla al individuo para lograr su comprensión. La práctica profesional de enfermería como disciplina científica esta sustentada en diversas teorías, donde el proceso esta pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta: el cuidado de las personas.

Para tener una visión más global, considerando que nuestro tema de investigación se basa en como realizaron su autocuidado la mujeres antes del diagnóstico de cáncer de mama, creemos conveniente hablar sobre la fisiología y la anatomía de la glándula mamaria, en donde tanto el tamaño como la forma de la mama dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La base de la mama se extiende desde la 2° hasta la 6° costilla y desde el borde externo

del esternón hasta la línea axilar media. Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, éste contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección. En la pubertad, por influencia de varias hormonas (prolactina, estrógenos, progesterona, hormona de crecimiento, etc.), se produce un alargamiento y ramificación de los conductos, a partir de los cuales brotan los lobulillos, cambios que ocasionan un aumento en el tamaño y densidad de las mamas. En la punta del pezón desemboca separadamente cada conducto galactóforo.

La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominado areola, bajo ésta zona, los conductos galactóforos se ensanchan formando los senos lactíferos, en los cuales se acumula la leche. Bajo la piel de la areola y el pezón no hay tejido adiposo como en el cuerpo de la mama.

Su histología es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción y produce leche completa.

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos:

- Tejido glandular de tipo túbulo-alveolar.
- Tejido conjuntivo que conecta los lóbulos glandulares.
- Tejido adiposo que ocupa espacios interlobulares.

Desde el tejido celular subcutáneo que rodea a la glándula, se dirigen numerosos tabiques de tejido conectivo hacia el interior, constituyendo los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

La glándula mamaria está formada por un conjunto más o menos regular de 15 a 20 racimos glandulares denominadas lóbulos mamarios, cada uno con su propio conducto galactóforo que llega a la punta del pezón como un pequeño agujero independiente. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos y estos a su vez están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Cada acino está constituido por un conjunto de células secretoras que rodean una cavidad central en la que vierte su contenido que saldrá por el conducto terminal. Tanto los acinos como los conductos excretores están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

La fisiología de la glándula mamaria es:

- Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
- Galactogénesis, producción o síntesis de la leche.
- Galactopoyesis o Mantención de la producción de la leche.

Luego de hablar brevemente de la anatomía y fisiología de la glándula mamaria, nos abocaremos al carcinoma de mama. El cáncer mamario es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad entre los 35 y los 54 años de edad. Se trata de una enfermedad heterogénea, es decir, una 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 uno de los factores determinantes en promover el desarrollo de las células cancerosas en el transcurso de los años, está relacionado con el tiempo de exposición de los estrógenos circulantes a niveles elevados.

Hay diversos tipos de cáncer de mama, si bien el más común es el adenocarcinoma, originado en las células de los ductos mamarios, del cual se presentan distintas variedades. Otro tipo de cáncer de mama menos frecuente es el de Paget, siendo mucho más raro el sarcoma. Puede metastatizar primariamente en los ganglios linfáticos axilares o mediastínicos, pulmón y huesos; posteriormente puede originar metástasis en el hígado y el cerebro. Aunque cada vez se identifica un mayor número de lesiones no palpables a través de la mamografía, es más frecuente que el cáncer de mama sea descubierto por la propia usuaria como un nódulo aislado y doloroso. Si la masa ha pasado inadvertido, ignorado o abandonada durante algún tiempo, pueden existir adherencias a la piel o a la pared torácica subyacente, ulceración, dolor o inflamación. Algunas lesiones precoces debutan con secreción o sangrado por el pezón. En algunos casos, el tumor primario se mantiene oculto y la usuaria debuta con síntomas derivados de la diseminación de la enfermedad como derrame pleural, adenopatías o metástasis óseas. Cerca de la mitad de las lesiones se localizan en el cuadrante supero-externo de la mama (lugar en el que se concentra la mayor parte del tejido ganglionar). Cerca del 20% son masas centrales, y a cada uno de los demás cuadrantes les corresponde el 10% del total. El 25% de las mujeres con cáncer de mama tienen metástasis ganglionares axilares en el momento del diagnóstico, aunque esto es menos frecuente cuando el tumor primario es diagnosticado a través de la mamografía u otros métodos. La enfermedad tiene una larga fase preclínica, se calcula que este tumor requiere seis a ocho años para alcanzar un tamaño de un centímetro de diámetro. Este largo período de crecimiento es definido como preclínico por la dificultad de reconocer el tumor en el examen físico y los estudios diagnósticos.

En cuanto a la epidemiología podemos decir que el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en el sexo femenino y se observa mundialmente una tendencia ascendente en su incidencia. Afecta a 70 de cada 1000 mujeres y 30 de ellas morirán por esa causa. La incidencia se ha duplicado en los últimos 20 años y siguen aumentando en un 3% anual. En nuestro país los datos disponibles muestran una incidencia de 27.72% con respecto al total de cánceres, ubicándose en el primer lugar en el bienio 1996-97. En cuanto a la mortalidad también ocupa el primer lugar explicando un 20.03% del total de las muertes por cáncer (periodo 1994-1998)<sup>15</sup>.

Aunque no pueden identificar agentes causales específicos en los casos individuales, pero si se acepta que existen muchos factores que aumentan el riesgo de la población femenina de padecer dicha enfermedad.

---

<sup>15</sup> Instituto Nacional de Estadística (1994-1998).

Los factores que participan en la determinación del riesgo de padecer cáncer de mama se enumeran a continuación:

- Antecedentes Personales de cáncer de mama.
- Edad.
- Antecedentes de madre o hermana con cáncer de mama en la premenopausia.
- Edad igual o mayor a 30 años al nacimiento del primer hijo.
- Nuliparidad.
- Menarca a los 11 años o antes.
- Obesidad genóide.
- Radioterapia a nivel del tórax.
- Antecedente personal de cáncer de endometrio u ovario.
- Hormonoterapia exógena.

Para realizar nuestra investigación seleccionamos al azar tres factores de riesgo, los cuales son: antecedentes familiares, obesidad y nuliparidad, con el fin de caracterizar nuestra población. En cuanto a los antecedentes familiares se tiene en cuenta historia familiar en primer grado, entendiéndose madre, hermana o hija. Con referencia a la nuliparidad entendemos por ésta no haber tenido hijos naturales. Como último factor seleccionamos y no menos importante a la obesidad. La cual es considerada un tipo de malnutrición, cuadro clínico caracterizado por una alteración en la composición de nuestro cuerpo, ocasionado por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales básicas. La alimentación y la nutricional son muy importantes para este cuadro y muchas veces no se tiene en cuenta, por lo que resultara muy difícil lograr que las personas enfermas se recuperen si su cuerpo no cuenta con el ingreso de energía suficiente y los nutrientes necesarios para llevar a cabo los distintos procesos metabólicos. Los tipos de malnutrición se puede dar por exceso: sobrepeso u obesidad; o por déficit: desnutrición.

Se define como obesidad al aumento de la grasa corporal producida por un balance positivo de energía. Como se ve, la obesidad no es definida a partir de la ganancia de peso, si no a través del tamaño de uno de los componentes de la masa corporal: el tejido graso. Su importancia entre otras cosas, radica en los riesgos para la salud y en la inaceptabilidad social que genera.

Encontramos dos formas en calcularla:

Índice de masa corporal (IMC):

Se halla realizando: 
$$\frac{\text{Peso}}{\text{Talla al cuadrado}}$$

- Normal: 18.5 - 24.9 Kg. /m<sup>2</sup>
- Sobrepeso: 25 - 29.9 Kg. /m<sup>2</sup>
- Obesidad gado 1: 30 - 39.9 Kg. /m<sup>2</sup>
- Obesidad mórbida:  $\geq 40$  Kg. /m<sup>2</sup>

Este índice se aplica en mujeres y hombres entre 18 y 65 años.

### Índice cintura – cadera:

Con el reconocimiento de la distribución de grasas como un factor indicador de riesgo, se ha atribuido importancia a las mediciones circunferenciales o perimétricas. La epidemiología realiza énfasis en la mujer con cáncer de mama, ya que se obtiene resultados más representativos con el mismo. La medida de la adiposidad utilizada más a menudo es la razón cintura-cadera, la cual permite distinguir entre la obesidad androide y la genoide.

- La Obesidad Androide: mayor disposición de la grasa abdominal y/o intraabdominal propia de las características del sexo masculino.

- La Obesidad Genoide: mayor disposición del tejido graso localizado a nivel de miembros inferiores (muslos) y/o cintura, propia de las características del sexo femenino.

Calculo del Índice cintura-cadera:  $\frac{\text{cm. de cintura}}{\text{cm. de cadera}}$

Cuando el resultado es superior a 1.0 en el hombre nos indica Obesidad Androide.

Cuando el resultado es superior a 0.8 en la mujer nos indica Obesidad Genoide.

Teniendo en cuenta los factores que participan en la determinación de riesgo de padecer cáncer de mama, la detección temprana es el medio más importante para un tratamiento oportuno, la cual se basa en tres pilares fundamentales, los cuales son: el autoexamen de mama mensual, la mamografía y el examen clínico de la mama por un profesional médico.

Con referencia al autoexamen de mamas, hay pruebas que indican que las mujeres que se lo realizan ocasionalmente o con regularidad, tienen mayores probabilidades de descubrir tumores pequeños o de tener un número menor de ganglios linfáticos positivos en el momento del diagnóstico. Muchas veces no es efectivo por diferentes razones, un conocimiento inadecuado de la técnica, falta de confianza en la capacidad para realizarlo y detectar anomalías, el miedo a un hallazgo, incomodidad por tocarse las mamas, falta de confianza en la realización del mismo, como medio para detectar cambios, olvido y falta de motivación.

Debe aconsejarse a las mujeres que se realicen el autoexamen de mamas en forma mensual. Las mujeres premenopáusicas deben examinarse entre el quinto y el séptimo día después del comienzo de la menstruación. En ese momento, las mamas se encuentran menos congestionadas y sensibles, lo que permite un examen más detallado y reduce las probabilidades de error. Las mujeres posmenopáusicas o que no menstrúan, debe seleccionar el mismo día de cada mes para realizarse el autoexamen de mamas.

El autoexamen de mamas incluye la inspección y la palpación de las mamas tanto de pie como acostada, centrandose la atención en la evaluación de cualquier cambio. Un examen detallado por lo general tarda de 10 a 15 min.

La mamografía es el mejor método para detectar el cáncer de mama antes de que pueda palparse por medio del examen clínico o el autoexamen.



Cuando una lesión mide un centímetro de diámetro y pueda palparse, se calcula que ha estado presente durante más de ocho años.

La mamografía también es útil para examinar a mujeres en alto riesgo y a aquéllas cuyas mamas son difíciles de palpar.

La ecografía, junto con la mamografía, es útil en el diagnóstico porque ayuda a diferenciar un quiste con contenido líquido de una masa sólida, además adquiere su valor en mamas densas difíciles de detectar en la mamografía.

Cuando la mamografía se realiza de manera adecuada, es posible detectar 85 a 90% de los tumores y reduce un 30% la mortalidad en las mujeres mayores de 50 años. Como es probable que un 10% de las lesiones malignas pasen desapercibidas, una mamografía negativa en una mujer con síntomas clínicos no descarta la necesidad de una biopsia.

El tamizaje con mamografía consiste en dos proyecciones de cada mama: una de lado a lado (oblicua medio lateral) y otra de arriba abajo (cráneo caudal). La mama se comprime en ambas proyecciones para disminuir su grosor y permitir una mejor visualización de sus estructuras, lo cual reduce también la cantidad de radiación. Con el fin de evitar la incomodidad de la mujer, es mejor no realizar la mamografía de control justo antes de la menstruación.

La dosis de radiación ha disminuido bastante desde la década de los 60, y el riesgo es nulo con los equipos dedicados sólo a estos procedimientos. No se ha establecido una edad tope de efectividad.

En cuanto el examen clínico de las mamas lo debe realizar un profesional médico capacitado. Durante la realización del examen clínico es el momento oportuno del profesional médico para solicitar a la mujer una mamografía de control o si lo considera conveniente ante una duda; además de demostrar la técnica del autoexamen de mama, explicando las razones de su realización y motivando a las mujeres para que participen en su cuidado. Dicho procedimiento no será incluido como variable para la realización del estudio, ya que al abordar éste ítem, consideramos que estaríamos evaluando la labor del profesional médico y no es el tema que nos compete en ésta investigación.

## **Diseño Metodológico**

### **➤ Tipo de Investigación:**

El tipo de estudio que utilizaremos para la investigación a realizar será descriptivo, ya que nos planteamos como objetivo describir los hechos tal como se presentaron, mediante la posible asociación de variables que influyen sobre el mismo, constituyendo éste un primer nivel de investigación. Así mismo el tipo de estudio a realizar será retrospectivo, ya que se describirán hechos ocurridos con anterioridad a la realización de la investigación. Debido a que nuestra investigación describirá diferentes variables simultáneamente en un tiempo dado, podemos decir que la secuencia del estudio será transversal.

### **➤ Área de Estudio:**

La investigación será llevada a cabo en la Policlínica Equipo de Mama y los Grupo de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, el cual depende del Ministerio de Defensa Nacional, el mismo cuenta con un sector de internación cuya entrada es por Avenida 8 de Octubre 3050, y otro sector de atención ambulatoria ubicado por Avenida Centenario, donde esta ubicada dicha Policlínica. Dicho centro se encuentra localizado en la ciudad de Montevideo de la Republica Oriental del Uruguay.

### **➤ Definición y medición de variables:**

#### **Variable Estado civil:**

**Definición Conceptual:** Es la condición legal del individuo en lo que respecta a su relación de pareja.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- Soltera: Es la usuaria que no esta unida en forma legal a un hombre.
- Casada: Es la usuaria que se encuentra unida en forma legal a un hombre.
- Unión estable: Es la usuaria que tiene una pareja estable con la cual vive bajo el mismo techo y no esta reconocido legalmente.
- Divorciada: Es la usuaria que estuvo unida en matrimonio y actualmente se encuentra separada legalmente.
- Viuda: Es la usuaria que estuvo unida en matrimonio con un hombre que falleció.

### **Variable Nivel de Instrucción:**

**Definición Conceptual:** Es el máximo nivel de educación que adquirió formalmente la usuaria.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- **Analfabeto:** Son las usuarias que no tienen ningún tipo de educación formal.
- **Primaria incompleta:** Son las usuarias que no terminaron de cursar primaria.
- **Primaria completa:** Son las usuarias que cursaron primaria completa como último nivel de educación.
- **Secundaria incompleta:** Son las usuarias que cursaron algún año de secundaria, sin llegar a culminarla.
- **Secundaria completa:** Son las usuarias que hayan terminado la secundaria, como último nivel de educación.
- **UTU incompleta:** Son las usuarias que hayan comenzado algún curso sin llegar a culminarlo.
- **UTU completa:** Son las usuarias que hayan realizado algún curso y lo hayan culminado.
- **Terciaria incompleta:** Son las usuarias que comenzaron alguna carrera universitaria y no la culminaron.
- **Terciaria completa:** Son las usuarias que realizaron alguna carrera universitaria y la culminaron.

### **Variable Ocupación:**

**Definición Conceptual:** Son las actividades realizadas por las usuarias, por lo cual reciben a cambio o no una retribución monetaria, pudiendo ser o no la fuente de sus sustento.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- **Ama de casa:** Son las usuarias que realizan las tareas de su casa.
- **Empleada:** Son las usuarias que desempeñan actividades por las cuales recibe a cambio una retribución monetaria.
- **Desocupada:** Son las usuarias que realizan actividades por las cuales recibían a cambio una retribución monetaria, pero actualmente no cuenta con ella.
- **Jubilada:** Son las usuarias que realizaron actividades por las cuales recibían a cambio una retribución monetaria y actualmente están retiradas recibiendo retribución monetaria.
- **Pensionista:** Es la usuaria que recibe una retribución monetaria ya sea por incapacidad o por parte de algún familiar.

**Variable Procedencia:**

Definición Conceptual: Lugar de residencia de las usuarias que concurren a la Policlínica.

Definición Operacional:

Categoría:

- Montevideo: Son las usuarias que tienen su lugar de residencia en Montevideo.
- Interior: Son las usuarias que tienen su lugar de residencia fuera de Montevideo.

**Variable Antecedentes Familiares:**

Definición Conceptual: Es tener familiares directos como madre, hermana, hija con cáncer de mama.

Definición Operacional:

Categoría:

- Si: Son las usuarias que tienen madre, hermana o hija con cáncer de mama.
- No: Son las usuarias que no tienen madre, hermana ni hija con cáncer de mama.

**Variable Nuliparidad:**

Definición Conceptual: Es la usuaria que no ha tenido hijos.

Definición Operacional:

Categoría:

- Si: Son las usuarias que no tienen hijos.
- No: Son las usuarias que tienen hijos.

**Variable Obesidad Genóide:**

Definición Conceptual: Es la usuaria con mayor disposición de tejido graso a nivel de miembros inferiores (muslos) y/o cintura, cuyo índice cintura cadera es  $>0.8$ .

Definición Operacional:

Categoría:

- Si: Son las usuarias con índice cintura cadera  $>0.8$ .
- No: Son las usuarias con índice cintura cadera  $<0.8$ .

**Variable Conocimiento de la técnica de realización del Autoexamen de mama:**

Definición Conceptual: Conocimiento de la técnica de palpación e inspección de la mama, enseñada por un profesional de la salud. La misma será evaluada mediante la verbalización y demostración de la misma.

Definición Operacional:

Categoría:

- Si: Son las usuarias que conocen la técnica de palpación e inspección de la mama, y fueron enseñadas por un profesional.
- No: Son las usuarias que no conocen la técnica de palpación e inspección de la mama.

**Variable Realización del Autoexamen de mamas:**

Definición Conceptual: Es la palpación e inspección que la mujer se realiza de las mamas, en forma mensual y cuya técnica fue enseñado por un profesional de la salud.

Definición Operacional:

Categoría:

- Si: Son las usuarias que se palpan e inspeccionan las mamas en forma mensual y la técnica fue enseñada por un profesional de la salud.
- No: Son las usuarias que no se palpan e inspeccionan las mamas en forma mensual y la técnica fue enseñada por un profesional de la salud.

**Variable Realización de la Mamografía:**

Definición Conceptual: Es la realización de una radiografía de los tejidos blandos de la mama, que permite la identificación de diversos procesos neoplásicos benignos y malignos.

Definición Operacional:

Categoría:

- Si: Son las usuarias que se realizan la radiografía de los tejidos blandos de la mama.
- No: Son las usuarias que no se realizan la radiografía de los tejidos blandos de la mama.

## **Variable Frecuencia de realización de la Mamografía:**

**Definición Conceptual:** Es la realización de la mamografía previo al diagnóstico, en forma anual a partir de los 35 años.

**Definición Operacional:**

**Categoría:**

- Si: Son las usuarias que se realizaban la mamografía en forma anual.
- No: Son las usuarias que no se realizan mamografía en forma anual.

### **➤ Universo**

Son todas las usuarias con diagnóstico de cáncer mama que consultaron en la Policlínica Equipo de Mama y aquellas que concurren a los Grupos de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período comprendido entre enero y octubre del año 2006.

### **➤ Muestra**

Son todas las usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que consultaron en la Policlínica Equipo de Mama y aquellas que concurren a los Grupos de Autoayuda del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre de 2006.

### **➤ Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

Como principal fuente de información utilizaremos las fuentes primarias, ya que se realizarán entrevistas estructuradas<sup>16</sup> en forma personal por los investigadores.

#### **Instrucciones:**

El formulario será completado por el investigador con datos obtenidos durante la entrevista, en un ambiente privado y con el previo consentimiento de las usuarias. Dicho formulario estará identificado con sus iniciales, y constará la fecha de realizada la entrevista.

Será llenado con letra clara en forma consecutiva marcándose el ítem con una cruz en el casillero correspondiente.

---

<sup>16</sup> Ver Anexo N° 5

## ➤ **Procedimientos para la Recolección de Información**

Previo al desarrollo de la aplicación del instrumento se realizara la solicitud de autorización al Coronel J.J. Aranco, Director del Hospital Central de las Fuerzas Armadas y al Dr. Aizen Director de la Policlínica Equipo de Mama. Luego de tener las autorizaciones correspondientes<sup>17</sup> se realizara una entrevista con el Dr. Aizen para conocer el funcionamiento de la Policlínica y la población que asiste; además de plantear la posibilidad de desarrollar allí nuestra investigación.

Los datos serán recabados por entrevistas realizadas por los investigadores a las usuarias que concurren a la policlínica y cumplan con los criterios de inclusión de la población, además de aquellas que concurren a las reuniones de los Grupos de Autoayuda, las mismas serán realizadas por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería.

El período de obtención de datos dependerá de la población que concurra a la policlínica y a los grupos de autoayuda.

Al realizar la entrevista se hará la presentación formal de las investigadoras, explicando la finalidad de la entrevista, solicitando su consentimiento para utilizar los datos, asegurándole la confidencialidad de los mismos.

---

<sup>17</sup> Ver Anexo N° 6

➤ **Cronograma de Actividades**

<b>Actividades</b>	<b>1/9-15/9</b>	<b>16/9-24/9</b>	<b>25/9-25/10</b>	<b>26/10-20/11</b>	<b>21/11-1/12</b>	<b>04/12</b>
Solicitar autorización y presentación de la propuesta.	→					
Aproximación al diagnóstico del centro.		→				
Aplicación del instrumento.			→			
Tratamiento estadístico y análisis de la información.				→		
Elaboración del Informe final.					→	
Presentación del Informe final.						



### ➤ **Plan de Tabulación y Análisis**

Los datos se procesaran a través de la tabulación y análisis de las variables seleccionadas. Serán presentados en tablas univariadas de frecuencia absoluta y porcentual con sus respectivas representaciones gráficas. El programa informático utilizado será Microsoft Excel.

## Bibliografía

H. de Canales; Metodología de la Investigación. Segunda edición 1994. OPS.

J.Vasallo, E.Barnos; Actualización ponderada de los factores de riesgo del cáncer "Las localizaciones de la enfermedad en el Uruguay, su distribución por incidencia y mortalidad". Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. 2005.

J.Vasallo, E.Barnos; III Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay "Comparación de dos quinquenios 1994-1998 y 1999-2003". Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.2005.

J.Vasallo, E.Barnos, E. De Stefani, A. Ronco; II Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 1996-1997. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.2001.

Shirley E. Otto; Enfermería Oncológica. Vol. 1. Tercera edición. Mosby 1999. Madrid- España. Cap. 6.

Roland T. Skeel y colaboradores; Quimioterapia del Cáncer. Quinta edición. Ediciones Marban. Año 2000.

UICC ( International Unión Against Cáncer); Manual de Oncología Clínica. Quinta edición. Ediciones Doyma.1992.

S. Robles, MD, MSC, Eleni Galanis MD, MPH; El Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe: Informar sobre las opciones. OPS/ OMS. 2001.

Dr. J.A. Carambula. Programa Nacional de Cáncer de Mama "Evaluación de sus avances a los 7 años de desarrollo". MSP, Montevideo 1998.

Lactancia materna "Contenidos técnicos para profesionales de la salud" Chile, OMS. 1997.

Manual de Enfermería. Océano- Centrum.

Torresaní M.E "Cuidado Nutricional". Editorial Universitaria Buenos Aires, 2005.

Transformando los sistemas de Salud : Genero y derechos en salud reproductiva. Manual de Capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra, OMS, 2001.

Ps. López Gómez Alejandra "Del Enfoque Materno-Infantil al Enfoque de la Salud Reproductiva.- Tensiones, Obstáculos y Perspectivas." Montevideo, Uruguay, año 2003.

Cerrutti Basso Stella. "Salud y Sexualidad Desde una Perspectiva de Genero"

Caja Lopez Carmen. "Enfermería Comunitaria III". Ediciones Científicas y Técnicas, SA Masson Salvat enf. 1993, España.

Dirección General de la salud, División Salud de la Población: "Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Genero". Uruguay marzo 2006, MSP:

## **ANEXO N° 2**

**Notas de solicitud de Autorización  
dirigida al H.C.FF.AA.**



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA



Montevideo, 16 de agosto de 2006.

Sr.  
Director General del Hospital de las Fuerzas Armadas  
Cnel. J. J. Aranco

Por la presente solicito a Ud. autorización para la realización de un trabajo Final de Investigación por parte de las estudiantes de la Licenciatura de Enfermería (Facultad de Enfermería- Universidad de la República) .

El mismo se llevara a cabo en la Unidad de Mastología del Centro que Ud. dirige, siendo los nombres de las estudiantes: Noelia Rey , Micaela  
Mollo Elizabeth Mederos Carolina Pérez  
y Paola Barreto

El tutor a cargo del seguimiento del grupo será la Prof. Agda. Lic. Ana Correa, perteneciente a la Cátedra Materno Infantil.

Quedando a su disposición para ampliar la información que crea Ud. necesario, le saluda atentamente

Prof. Lic. Mercedes Pérez

cc.: Director de Unidad de Mastología Dr. Bernardo Aizen  
Departamento de Enfermería del HH.CC.FF.AA





## **ANEXO N° 3**

### **Ley N° 17.242 Prevención de cánceres genito- mamarios**



**Ley Nº 17.242**

**DECLARASE DE INTERES PUBLICO LA PREVENCION DE  
CANCERES GENITO-MAMARIOS**

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.- Declárese de interés público la prevención de cánceres genito-mamarios.

Artículo 2º.- Las mujeres trabajadoras de la actividad privada y las funcionarias públicas tendrán derecho a un día al año de licencia especial con goce de sueldo a efectos de facilitar su concurrencia a realizarse exámenes de Papanicolau y/o radiografía mamaria, hecho que deberán acreditar en forma fehaciente.

Artículo 3º.- Los centros de salud que expidan el carné de salud deberán posibilitar la realización conjunta de los exámenes de Papanicolau y radiografía mamaria.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 13 de junio de 2000.

JOSE LUIS BATLLE,  
Presidente.  
Mario Farachio,  
Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES  
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS  
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGIA Y MINERIA  
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
MINISTERIO DE GANADERIA, AGRICULTURA Y PESCA  
MINISTERIO DE TURISMO  
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y  
MEDIO AMBIENTE

Montevideo, 20 de junio de 2000.

Cúmplase, acúsesse recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

## **ANEXO N° 4**

### **Cuadro: Causas de muerte femenina**

**Causas de muerte en mujeres de entre 15 y 85 años, por los tres principales tipos de cánceres según año:**

Año	Total	Mama	Cuello de Útero	Útero (*)
2000	869	639	87	143
2001	817	576	97	144
2002	870	633	100	137
2003	812	574	99	139
2004	818	609	76	133

Fuente: MSP. División estadística.

(\*): Tumor maligno de útero en otras partes

## **ANEXO N° 5**

**Instrumento para realizar la recolección de  
datos.**

**Entrevista realizada a usuarias con diagnóstico de cáncer de mama que concurren a la Policlínica Equipo de Mama y a los Grupos de Autoayuda del H.C.F.F.AA en el período comprendido entre el 25 de setiembre y el 25 de octubre del 2006**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

Iniciales de la usuaria: \_\_\_\_\_

1. Edad: .....
2. Estado civil:  
Soltera \_\_\_\_\_  
Casada \_\_\_\_\_  
Unión estable \_\_\_\_\_  
Divorciada \_\_\_\_\_  
Viuda \_\_\_\_\_
3. Nivel de Instrucción:  
Analfabeto \_\_\_\_\_  
Primaria incompleta \_\_\_\_\_  
Primaria completa \_\_\_\_\_  
UTU incompleta \_\_\_\_\_  
UTU completa \_\_\_\_\_  
Secundaria incompleta \_\_\_\_\_  
Secundaria completa \_\_\_\_\_  
Terciaria incompleta \_\_\_\_\_  
Terciaria completa \_\_\_\_\_
4. Ocupación:  
Ama de casa \_\_\_\_\_  
Empleada \_\_\_\_\_  
Desocupada \_\_\_\_\_  
Pensionista \_\_\_\_\_  
Jubilada \_\_\_\_\_
5. Procedencia:  
Montevideo \_\_\_\_\_  
Interior \_\_\_\_\_
6. Antecedentes Familiares:  
Sí: \_\_\_\_\_  
No: \_\_\_\_\_

7. Nuliparidad:

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

8. Obesidad Genóide:

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

9. Conocimiento de la técnica de realización del autoexamen de mama:

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

10. Realización del autoexamen de mama:

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

11. Realización de la mamografía:

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

12. Frecuencia de realización de la mamografía:

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

## **ANEXO N° 6**

**Nota de autorización por parte de las  
autoridades del H.C.FF.AA.**



HOSPITAL CENTRAL DE LAS FF.AA.

Montevideo, 30 de agosto de 2006.

NOTA N° 4494/H.C./06.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA.

FACULTAD DE ENFERMERIA.

Prof. Lic. Mercedes Pérez

Referente a su Nota de fecha 16 de agosto del corriente, por la cual solicita autorización para la realización de un trabajo final de Investigación, comunico a usted que cuenta con la anuencia por parte de esta Dirección General y las prácticas estarán a cargo de la Tte.2° (N) Sandra Jorge.

Saluda a usted atentamente,

El Director General del H.C.FF.AA.

Coronel

JOSE L. ALANCO

