



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Programa de intervención de la detección precoz del  
cáncer de mama en mujeres de la tercera edad

Intervention program for the early detection of  
breast cancer in elderly women

Autora

Silvia Haro Alcalde

Directora

M<sup>a</sup> Teresa Jiménez Bernadó

Máster en Gerontología Social  
Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza  
Año 2017-2018

## ÍNDICE

	Págs.
1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2-8
3. Hipótesis.....	9
4. Objetivos.....	9-10
4.1 General.....	9
4.2 Específicos.....	9-10
5. Metodología.....	10-11
5.1 Perfil de búsqueda.....	10
5.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	10
5.3 Población de estudio.....	11
5.4 Responsabilidades éticas.....	11
5.5 Análisis de los datos.....	11
6. Desarrollo.....	11-21
6.1 Diagnóstico.....	11
6.2 Planificación.....	11-20
6.2.1 Objetivos.....	11-12
6.2.2 Población diana.....	12
6.2.3 Recursos.....	12-13
6.2.4 Estrategias.....	13-14
6.2.5 Actividades.....	14-19
6.2.6 Cronograma.....	20
6.3 Evaluación.....	21
7. Resultados.....	21-32
8. Discusión.....	32-36
9. Conclusiones.....	36-38
10. Bibliografía.....	38-44
11. Anexos.....	45-61

## ÍNDICE ANEXOS

Págs.

1. Tasas de incidencia de cáncer de mama ajustadas por edad en países con cribado mamográfico.....	45
2. Tasas de mortalidad por cáncer de mama ajustadas por edad en países con cribado mamográfico.....	46
3. Probabilidad de padecer cáncer de mama a distintas edades según la American Cancer Society.....	47
4. Pasos de la autoexploración de las mamas.....	48
5. Principales características y diferencias del cribado poblacional y del cribado oportunista del cáncer de mama.....	49
6. Documento de aprobación del programa por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.....	50
7. Cartel informativo sobre el programa de elaboración propia.....	51
8. Hoja de inscripción al programa de elaboración propia.....	52
9. Tríptico informativo del programa de elaboración propia.....	53
10. Consentimiento informado adaptado al presente programa.....	54
11. Hoja de control de asistencia de elaboración propia.....	55
12. Cuestionario previo a adquisición de conocimientos.....	56-57
13. Vídeos informativos.....	58
14. Guion de preguntas para facilitar la ponencia de las voluntarias.....	59
15. Encuesta de satisfacción con el programa.....	60-61

## 1. RESUMEN

*Introducción:* En España, los Programas de Detección Precoz del cáncer de mama finalizan a los 69 años, pero más de la mitad de los casos son diagnosticados a partir de dicha edad. El diagnóstico precoz y la autoexploración de las mamas aumentan las posibilidades de tratamiento y de supervivencia.

*Objetivo:* Aplicar un programa para orientar unos cuidados personales de calidad basados en la autoexploración de mamas, en mujeres pertenecientes al alumnado de la Universidad de la Experiencia de Zaragoza.

*Metodología:* Se realizó un estudio transversal descriptivo y un análisis estadístico descriptivo y bivariado mediante el paquete estadístico SPSS 21, con una muestra de 31 mujeres mayores de 64 años, además de una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos.

*Resultados:* De las 31 asistentes, el 77,42% conocían la autoexploración antes de realizar el programa, pero sólo 7 de ellas la había realizado regularmente durante su vida. Un 29% del total afirmaba no haber recibido ningún tipo de información sobre ésta en su entorno sanitario. Tras finalizar el programa sólo 3 asistentes no se habían realizado todavía una autoexploración de los senos.

*Conclusiones:* Los programas educativos son una herramienta fundamental para visualizar y afrontar un problema de salud global como el cáncer de mama, siendo necesaria una mayor divulgación de éstos por los profesionales sanitarios.

*Palabras clave:* “Cáncer de mama”, “Prevención”, “Autoexploración” y “Mujeres tercera edad”.

## ABSTRACT

*Background:* In Spain, the Early Detection Programs of the breast cancer ends at 69 years, but more than half of the cases are diagnosed from this age. Early prevention and self-exploration of breasts increases the chances of treatment and the survival of the women.

*Objective:* Apply a program to guide quality personal care in the self-exploration of women, students of the University of the Experience in Zaragoza.

*Methodology:* A transversal descriptive study and descriptive and bivariate statistical analysis was done using the statistical package SPSS 21, with a sample of 31 women over 64 years of age. A literature search was made in several databases.

*Results:* 77.42% of them knew the self-exploration before the program, but only 7 had performed the AEM regularly along their lives. 29% claimed that they had not received any information in their healthcare environment. After ending the program, only 3 participants had not done any self-exploration of their breast.

*Conclusions:* Educational programs are a very important tool to visualize and deal with a global health problem such as breast cancer, being essential a greater divulgation by health professionals.

*Keywords:* “Breast cancer”, “Prevention”, “Self-exploration” and “Aged woman”.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### *Antecedentes y estado actual del tema*

El cáncer de mama (CM) es el tumor maligno más frecuente en el sexo femenino y uno de los más comunes en el mundo, junto con el cáncer de pulmón y el cáncer de colon. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales (1,2).

Los datos del padrón continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) confirman que España sigue envejeciendo. A 1 de enero de 2015, 8.573.985 personas eran mayores de 65 años, lo que representa el 18,4% de la población española. Se espera que este ritmo de envejecimiento poblacional progresivo tenga un impacto sin precedentes sobre la incidencia de diversos tumores. En este contexto, las previsiones demográficas proporcionadas por las Naciones Unidas estiman que en 2020 se diagnosticarán 246.713 casos nuevos de cáncer en España, de los que casi la mitad se manifestarán en pacientes mayores de 70 años (3,4).

Esta tendencia ascendente en el cáncer de mama consta desde 1940 (primeros registros disponibles) hasta principios del siglo XXI, constituyendo un problema de salud pública mundial, fundamentalmente en los países desarrollados pero también en aquellos en vías de desarrollo. En los últimos años se ha producido una estabilización o descenso de la incidencia y un significativo incremento de la supervivencia, sobre todo en Estados Unidos, Canadá y Europa (Anexo 1 y 2). En este último, la tasa relativa de supervivencia a los 5 años ha ido aumentando a lo largo del tiempo, presentando una media del 81,8%. Ésta alcanza su pico máximo en el grupo de 45-54 años de edad y disminuye progresivamente a partir de esa edad. En España, en el año 2012 se diagnosticaron 25.215 casos nuevos, siendo su mortalidad tan solo de 6.075 pacientes (5,6).

El porvenir de las pacientes diagnosticadas de este tipo de tumor ha mejorado progresivamente por dos motivos fundamentales: el diagnóstico precoz, que permite la detección de la enfermedad cuando su tamaño es

pequeño, y el empleo de tratamientos adyuvantes, que reducen el riesgo de recaída (7).

### *Factores de riesgo*

La mayoría de las neoplasias se ven inducidas, o al menos favorecidas, en su crecimiento por factores ambientales, por lo que en la persona mayor estos habrán podido actuar de una forma más persistente, lo cual tendrá una importante repercusión en la aparición de tumores. Asimismo, el sistema inmunológico del anciano va a perder alguna de sus competencias, fundamentalmente en la vigilancia inmunológica y la capacidad de reacción inmune, lo que jugará un papel importante en el desarrollo de neoplasias a esta edad (8).

Dado que uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama es la edad, se espera que el ritmo de envejecimiento poblacional progresivo tenga un impacto sin precedentes sobre la incidencia de diversos tumores (3). Según la American Cancer Society, a partir de los 65 años, 1 de cada 17 mujeres padecerán cáncer de mama (Anexo 3). Este es uno de los factores de riesgo más conocidos junto con la presencia de antecedentes familiares de cáncer de mama, pero hay otros factores como: la exposición prolongada de la mujer a los estrógenos endógenos (menarquia precoz, menopausia tardía, nuliparidad o edad tardía del primer embarazo a término), el sedentarismo, el consumo de alcohol, la obesidad, la exposición a la radiación ionizante, la terapia hormonal sustitutiva (THS) (6, 9, 10)... En contraposición a esto, se conocen factores de protección para reducir el riesgo de padecer el cáncer de mama femenino como pueden ser: el uso de estrógenos (después de una histerectomía), el ejercicio, el embarazo temprano, la lactancia materna, los inhibidores de la aromatasa o la mastectomía y ablación ovárica (11).

Se conoce la existencia de distintos modelos que estiman el grado de riesgo de diversas poblaciones. Podemos destacar el modelo de *Gail*, que utilizando conjuntamente factores de riesgo definidos epidemiológicamente y los antecedentes familiares, establece el riesgo de cáncer de mama en un periodo de cinco años (únicamente en poblaciones de mujeres caucásicas, no

en casos individuales). Este modelo sería útil en España para mujeres de edades avanzadas con antecedentes de CM que desarrollaran la enfermedad en estadios avanzados (12). El modelo de *Claus* tiene en cuenta antecedentes familiares y genéticos. El modelo de *Couch* evalúa mutaciones de los genes BRCA 1 y 2. El modelo de *Bodian* calcula el riesgo de cáncer de mama invasor o in situ y se basa en el carcinoma lobulillar in situ y la edad en la cual fue diagnosticado. Y por último, el modelo *IBIS* (Internacional Breast Cancer Intervention Study) que se utiliza en Inglaterra. Pero estos modelos no sirven para países en vías de desarrollo, ya que a la hora de su aplicación, se basan en datos epidemiológicos de Estados Unidos y Europa (13,14).

El envejecimiento de la población como factor de riesgo es consecuencia del progresivo aumento de la esperanza de vida de la población, especialmente de las mujeres, que en España ha pasado de los 81,6 a los 85,9 años (15). En el mundo, actualmente el 12% de la población (200 millones) tiene más de 60 años y se espera que para el año 2050 el porcentaje sea del 22% (2.000 millones). En los últimos años empieza a escucharse el término de “envejecimiento activo o exitoso”, definido por Rowe y Khan como un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psico-sociales (baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social). Cuando alguna circunstancia altera su bienestar, el anciano pasa a un estado de fragilidad, el cual es potencialmente reversible (16,17).

#### *Tratamiento del cáncer en la tercera edad*

El tratamiento del cáncer en los adultos mayores es más complejo que en las personas más jóvenes debido a comorbilidades, riesgos de muerte, tolerancia al tratamiento potencialmente alterada y preferencias variables del paciente. Las opciones de tratamiento estándar para el cáncer de mama en estadio temprano, localizado u operable, sería la cirugía (lumpectomía o mastectomía radical modificada, ambas con biopsia del ganglio linfático centinela), radioterapia posoperatoria, terapia sistémica posoperatoria (con tratamiento adyuvante con tamoxifeno, inhibidor de la aromatasa o del

funcionamiento ovárico o quimioterapia) y la terapia sistémica preoperatoria (quimioterapia, terapia dirigida al HER2 o terapia endocrina) (11).

Algunos estudios sugieren la terapia endocrina como una alternativa razonable a la cirugía primaria en mujeres frágiles de mayor edad con cáncer de mama, haciendo hincapié en que los estudios futuros deberían centrarse en los efectos a largo plazo sobre la calidad de vida y el funcionamiento físico (29). Mientras, otros afirman que la cirugía parece producir el mejor resultado como tratamiento primario, pero para aquellos casos en los que ni la cirugía ni la quimioterapia son apropiadas, la radioterapia primaria puede ser beneficiosa (18).

La quimioterapia se aplica con mucha menos frecuencia en las mujeres con más de 70 años, aunque se ha demostrado que tanto las neoplasias, como la toxicidad secundaria provocada por ésta, son similares en los diferentes grupos de edad (adultos jóvenes y mayores) (19).

Todo esto ha llevado a cuestionar que en muchos casos la edad biológica no se corresponda exactamente a la cronológica. El concepto del anciano está constantemente cambiando y no se puede englobar aquí a personas que sólo tienen una característica en común (la edad cronológica). A la hora de valorar un potencial tratamiento o diagnóstico siempre debemos tener un concepto dinámico de la edad y, a ser posible, valorar funcionalmente la situación individual del enfermo.

Una premisa que debemos tener en cuenta es aquella de que tratamientos intensivos que a otras edades pueden conseguir un alargamiento de la supervivencia, aunque no la curación, sin un claro beneficio en la calidad de vida deben obviarse en los mayores de 70-75 años, ya que al realizar las técnicas quirúrgicas, radioterapia o quimioterapia lo que podemos es atacar aún más la supervivencia o inducir a una morbilidad que complique o empeore su vida (8).

### *Detección del cáncer*

La detección precoz del cáncer de mama se sustenta fundamentalmente en la autoexploración de la mama (AEM), que consiste en la autoexaminación



de las mamas de forma regular (los días posteriores al periodo) mediante 5 sencillos pasos (Anexo 4), pudiendo detectar un cáncer en un estadio temprano y con mayores posibilidades de supervivencia (20).

Con la autoexploración se debe comprobar si existe simetría de las mamas en decúbito supino y en sedestación con brazos elevados y extendidos. Palpar buscando masas, comprimir el pezón con el índice y el pulgar por si existe secreción, y si la hay, ver el color, la cantidad y el olor, además de complementar todo esto con la palpación de las axilas.

Hay que tener siempre presentes los cambios asociados a la edad en relación a las mamas: la pérdida de tejido glandular y de sostén, siendo por ello más móviles y flácidas. Además, el aumento de la grasa mamaria al tiempo que se atrofia el tejido glandular, permite detectar mejor los tumores. La retracción del pezón también es un cambio observado con frecuencia, éste es fácilmente eversible en los casos en que no se asocia al CM, mientras que en el hombre la aparición de ginecomastia es la característica más común (8, 21,22).

Existe la tendencia generalizada a despreocuparse por este tema a partir de los 69 años, cuando los programas de detección precoz finalizan, creyendo erróneamente que por su edad ya no le va a tocar a ella y abandonan así el hábito de la autoexploración. Esta técnica de detección precoz, a pesar de su importancia, hay estudios que demuestran su pobre utilización a nivel mundial, aunque se cuente con programas nacionales de detección precoz del cáncer de mama, los cuales ofrecen una estrategia de abordaje a esta patología desde los diferentes niveles de atención médica y colocan al autoexamen de mama como uno de los métodos fundamentales de detección en la atención primaria de salud (23).

Pero esto no es suficiente, es un método que debe complementarse con mamografías y exploraciones físicas regulares, las cuales dejan de formar parte del Programa de Detección Precoz del cáncer de mama en España a partir de los 69 años. La Guía Europea de garantía de calidad en cribado y diagnóstico de cáncer de mama establece las recomendaciones y estándares que deben alcanzar los programas de cribado en sus diferentes aspectos para que realmente obtengan una disminución de mortalidad significativa,

minimizando sus efectos adversos. En España, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud del año 2009 también recomienda la realización de este cribado estableciendo los criterios mínimos para su puesta en marcha y desarrollo. La mayoría de las mujeres dejan de preocuparse por su cuidado personal a partir de esta edad y creen estar exentas de riesgo con las revisiones realizadas años anteriores, olvidando que conforme aumenta la edad crecen las posibilidades de padecer este cáncer. Además para muchas mujeres la experiencia de la autoexploración es frustrante: es posible que sientan cosas y no sepan qué significan (24, 25).

### *Cribado mamográfico*

El concepto de cribado comprende la aplicación de técnicas de selección a personas aparentemente sanas para detectar aquellas que pueden sufrir la enfermedad en una fase preclínica, y que precisarán pruebas complementarias para confirmar o descartar el diagnóstico. Se distinguen dos estrategias de cribado del cáncer de mama: poblacional y oportunista (5) (Anexo 5).

Gracias a la información transmitida a través de los medios de comunicación, instituciones sanitarias, familiares y amigos, la mayoría de la población femenina asume como algo positivo el participar en los programas de detección precoz del cáncer de mama con mamografía. En parte debido al enaltecimiento de su beneficio, al fenómeno del sobrediagnóstico y a los falsos positivos, que junto con el bajo nivel de conocimientos sobre el tema se asume como una dificultad para concretar el beneficio de este cribado y por tanto, no consideran las consecuencias negativas del programa, no preocupándose por el cáncer (26).

En Aragón, el Programa de detección precoz del cáncer de mama se inició en Huesca en diciembre de 1996 y se extendió al resto de la Comunidad Autónoma en abril de 1999, dando así respuesta a la necesidad de abordar esta patología como problema de salud.

Empezaron formando parte de este programa las mujeres residentes en Aragón entre los 50 y los 64 años, pero a partir de 2008 se amplió la muestra hasta los 69 años, consiguiendo en el 2012 la cobertura total hasta esa edad.

El programa de cribado consiste en ofrecer la realización de una mamografía gratuita a todas las mujeres de 50 a 69 años residentes en Aragón, de forma bienal. Ambos criterios, la edad y la periodicidad, se basan en las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye que es, en este grupo, en el que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de la mortalidad, por lo que es el grupo prioritario a incluir en los programas de cribado (27). La población objetivo del programa se estima en la actualidad en 169.794 mujeres (28.295 en Huesca, 124.268 en Zaragoza y 17.231 en Teruel).

En el periodo de 1997-2015 la participación global en el programa ha sido del 70,2% y la tasa de adhesión a éste del 91,88%. A partir del 2015, la participación global aumentó al 73,3% y en el año 2016 llegó al 73,7% (Teruel 83,3%, Huesca 79,1% y Zaragoza 71%). De las 75.288 mujeres citadas en Aragón durante el año 2016 acudieron 55.524 para la realización de una mamografía de cribado. De cada 1.000 exploradas 5,3 han sido derivadas a las unidades de mama hospitalarias para una prueba adicional de carácter invasivo, pudiendo confirmar o descartar un diagnóstico de malignidad.

El número de cánceres diagnosticados desde que se inició el programa hasta el 31 de diciembre de 2015 ha sido de 2.345. Actualmente, la Tasa de Detección Global se sitúa en 4,2 cánceres por 1.000 mujeres exploradas, cuyo resultado está dentro de lo esperado (28, 29, 30, 31).

El cáncer de mama se puede diagnosticar y tratar de modo exitoso, tanto a edades tempranas como en ancianas, con o sin comorbilidad. La inclusión de edades más avanzadas en los programas de cribado es todavía insuficiente, a pesar de la evidencia. Precisamente, las mujeres de 70 años en adelante deberían constituir el grupo específico preferente de cualquier campaña de detección temprana de este tumor maligno, ya que, siendo el riesgo relativo tan elevado, la posibilidad de descubrir un tumor importante a estas edades es considerable (32).

### **3. HIPÓTESIS**

Dado que a partir de los 69 años cesan los programas de detección precoz del cáncer de mama en España, es aquí cuando nos encontramos ante un sector vulnerable al deterioro de su calidad de vida y envejecimiento si no se detecta de forma temprana un cáncer.

La realización de este estudio surge de la necesidad de conocer el grado de implantación del conocimiento de la autoexploración mamaria hasta esta edad, para poder asegurar un posible seguimiento de los cuidados personales tras finalizar los programas de cribado organizados por el Estado.

Conociendo los programas vigentes de cribado del cáncer de mama y las técnicas de autoexploración se plantea la siguiente pregunta, ¿Es posible influir en el aprendizaje de las personas mayores dando importancia y reforzando los conocimientos adquiridos sobre la detección temprana del cáncer de mama?

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo general**

Aplicar un programa para orientar unos cuidados personales de calidad basados en la autoexploración de mamas, en mujeres de la tercera edad pertenecientes al alumnado de la Universidad de la Experiencia de Zaragoza (UEZ), mediante unas sesiones organizadas, con el fin de potenciar la detección precoz de cáncer de mama en estadios tempranos.

#### **4.2 Objetivos específicos**

1. Dar relevancia al tema del cáncer de mama, ampliando los conocimientos que posean hasta el momento.
2. Crear un ambiente de confianza para que puedan expresar sus dudas y temores.

3. Enseñar las técnicas de autoexploración de la mama de una manera sencilla y que resulte fácil de memorizar y realizar periódicamente, a través de una serie de pasos ordenados.
4. Contribuir en la detección precoz de anomalías en el pecho en un estadio precoz que aumente las posibilidades de tratamiento, y a su vez, de supervivencia.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Perfil de búsqueda**

El perfil de búsqueda utilizado en este trabajo fueron diversas bases de datos con acceso desde la plataforma de la Universidad de Zaragoza (Pubmed, Science Direct, Dialnet o Repositorio Zeguan), además de páginas y plataformas web oficiales como el INE, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Gobierno de Aragón o la Asociación de Mujeres Aragonesas de Cáncer Genital y de Mama (AMAC) y de Google Académico. La búsqueda se realizó entre el noviembre del 2017 y marzo 2018.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda en las bases de datos mencionadas fueron: “breast, cancer, aged, woman”, “prevención y cribado en cáncer de mama”, “calidad de vida en el cáncer de mama”. Para la elección de estos términos se utilizó el thesaurus de cada una de las bases de datos consultadas o, en su defecto, los listados de vocabulario controlado. En el caso de Pubmed, además se utilizaron los descriptores en inglés que aparecían en los listados de vocabulario controlado.

### **5.2 Criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron los estudios a texto completo (con el límite “full text link”), gratuitos, con resúmenes disponibles y publicados en inglés o español. No se limitó la búsqueda temporalmente, de manera que se incluyeron todos los estudios indexados en las bases de datos citadas desde su creación hasta enero de 2018, dando más relevancia a los más actuales. Se excluyeron de la selección inicial los estudios que se referían a pacientes menores de 64 años y

aquellos que concretaban mucho en un tratamiento o clínica específica, desviándose del tema principal.

### **5.3 Población de estudio**

El trabajo se centró en las mujeres cuya edad entra en los últimos años del programa de cribado mamográfico en España y de aquellas que ya han dejado de formar parte de él. El motivo de elección de la población fue poder realizar posteriormente una predicción del efecto que pueden llegar a tener estos programas sobre la población.

### **5.4 Responsabilidades éticas**

Para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos. Se ha cumplido con la confidencialidad de datos de los participantes en las sesiones, respetando en todo momento el derecho a la privacidad de los asistentes y obteniendo su consentimiento informado, el cual está en posesión de la autora y tutora del presente trabajo.

Además el trabajo fue evaluado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEICA), considerando que no tienen competencia para el dictamen por tratarse de un proyecto educativo y no de investigación (Anexo 6).

### **5.5 Análisis de los datos**

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21, mediante el cual se obtuvo: un análisis descriptivo (frecuencias relativas y absolutas, media y desviación estándar, mediana y rango) con sus respectivos diagramas de barras. Y un análisis bivariado, donde se utilizó el test de Chi-Cuadrado para ver la asociación entre variables cualitativas y la T-Student para las muestras independientes.

## **6. DESARROLLO**

### **6.1 Diagnóstico**

Fue diseñado un Programa de educación e intervención para la salud acerca de la autoexploración y la detección precoz del cáncer de mama, orientado a mujeres alumnas de la UEZ. Se eligió esta población porque se considera que están en plenas facultades de asistir a clases, mostrar interés, aprender y participar de forma activa en su cuidado personal.

### **6.2 Planificación**

#### **6.2.1 Objetivos**

*General:* Promover la adquisición de conocimientos sobre la detección precoz del cáncer de mama y la AEM en mujeres de la UEZ.

*Específicos:*

1. Ampliar, reforzar o recordar los conocimientos sobre la AEM.
2. Informar sobre los recursos disponibles del sistema sanitario ante cualquier sospecha de anomalía en el pecho.

#### **6.2.2 Población diana**

Hoy en día, el cáncer de mama no sólo es percibido como un importante problema de salud por los profesionales y las instituciones sanitarias, sino que cada vez más, las mujeres, fundamentalmente a través de las organizaciones de todo tipo en las que participan, manifiestan su preocupación y demandan medidas (26).

Este programa de aprendizaje iba dirigido a todas aquellas mujeres de 69 años en adelante que estuviesen interesadas en ampliar y continuar sus conocimientos sobre las técnicas de prevención del CM y la AEM. Pero posteriormente, por motivos de asistencia, la muestra se amplió desde los 64 años.

### 6.2.3 Recursos

*Recursos humanos:* una enfermera docente (autora de este trabajo) y dos enfermeras voluntarias del Centro de Salud de Almozara supervivientes de un cáncer de mama.

*Recursos materiales:* ordenador, proyector, pen drive y mesas con bancos.

*Recursos varios:* carteles informativos, trípticos, hoja de control de asistencia, cuestionarios sobre conocimientos propios, encuesta de evaluación del programa, bolígrafos, power points y maniquí de tórax de mujer.

*Infraestructura:* aula nº 8 de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

*Tiempo:* las sesiones que conforman el programa se completaron en un total de 2 horas.

Tabla de presupuestos:

Material	Cantidad	Precio por unidad	Total
<b>Hoja de inscripción</b>	8 unidades	0,02 cent	0,16 cent
<b>Cartel informativo DIN A4</b>	5 unidades	0,50 cent	2,5 euros
<b>Hoja control de asistencia</b>	2 unidades	0,02 cent	0,04 cent
<b>Tríptico</b>	40 unidades	0,09 cent	3,6 euros
<b>Consentimiento informado</b>	40 unidades	0,02	0,8 cent
<b>Cuestionario de conocimientos</b>	80 unidades	0,02 cent	1,6 euros
<b>Encuesta de satisfacción</b>	40 unidades	0,09 cent	3,6 euros



<b>Voluntarias</b>	30 minutos	Voluntarias	-
		<b>Total</b>	12,3 euros

#### **6.2.4 Estrategias**

El programa se desarrolló en dos sesiones presenciales, dirigidas por la autora de este trabajo, impartidas durante los días 11 y 12 de abril de 2018, a las 19:00 horas, en el aula nº 8 de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

La captación de los participantes se realizó indirectamente, colocando carteles informativos (Anexo 7) en los pasillos de la planta de la Facultad de Medicina dónde se imparten las clases de la Universidad de la Experiencia, y de forma directa, asistiendo la enfermera docente físicamente a todas las aulas que forman la Universidad de la Experiencia, 5 minutos antes de que comenzaran sus clases, explicando brevemente en qué consistiría el programa, a quién iba a ir dirigido y cuando se realizaría. Se informó de martes a jueves, la semana anterior a semana santa, y a la vuelta de las vacaciones (que fue la semana en qué se impartía el programa). Previamente fue colocada una hoja de inscripción al programa en el corcho informativo asignado a la sección de la Universidad de la Experiencia, en la Facultad de Medicina (Anexo 8) y en los corchos individuales de cada clase, para que pudiesen apuntarse directamente en la hoja aquellas mujeres que estaban interesadas en asistir o bien, pudiesen comunicarlo a través del número móvil que figuraba en los carteles informativos, teniendo así una idea del número de participantes del programa antes de que se diese comienzo al mismo.

#### **6.2.5 Actividades**

El programa constó de dos sesiones desarrolladas durante miércoles y jueves de una misma semana por la tarde, después de su clase correspondiente en la UEZ, con una duración aproximada de 50 minutos cada sesión. Se puso como límite 40 plazas, abarcando la opción de que si el número de inscripciones hubiese sido superior al esperado, las sesiones podrían haberse ampliado en un futuro.

A continuación se resumen brevemente en qué consistió cada sesión:

**1ª sesión.** Importancia y aprendizaje de una correcta AEM.

Se inició con la presentación de la ponente y el agradecimiento a los presentes por la asistencia, con el fin de crear un ambiente de confianza y la oportunidad a los asistentes de explicar brevemente y de forma voluntaria por qué han querido asistir a las sesiones, potenciando así la dinámica del grupo. Seguidamente, fue realizado un breve resumen de la organización de las charlas que se iban a impartir. En cada asiento se colocó un ejemplar del tríptico informativo (Anexo 9) para que lo tuviesen desde el principio de la sesión y un documento de consentimiento informado del programa (Anexo 10). A continuación, se hizo circular un formato de registro (Anexo 11), para que los asistentes dejaran escritos los datos personales solicitados y firmasen su asistencia. Estos registros se hicieron únicamente con fines estadísticos y de control, asegurando la confidencialidad de los presentes.

Se les pasó una encuesta inicial en forma de “pre-test” breve (Anexo 12), como parte de una evaluación de base para saber los conocimientos iniciales sobre el tema, qué es lo que han escuchado hasta el momento y qué creen que van a aprender en las charlas. A partir de aquí, se comenzó con la introducción al tema del CM con ayuda de una presentación en PowerPoint. El desarrollo del tema fue de forma ordenada y secuencial, utilizando un lenguaje claro y un tono adecuado de voz, con ayuda del material audiovisual.

Fue definida la importancia del conocimiento y control de la propia salud, y la repercusión del cáncer en la calidad de vida de las mujeres de la tercera edad. Se observó el interés inicial del grupo por la charla a impartir, haciendo hincapié en los conocimientos y comportamientos que se querían lograr durante las sesiones. Y nos fuimos centrando en los datos epidemiológicos actuales, enfocando la charla hacia la prevención secundaria, preguntando y conociendo cuántas de las asistentes habían cumplido todos los años de revisión del Programa de Cribado correspondientes a su edad, cómo se les informó y si tras finalizarlo seguían controlándose.

Con la ayuda del tórax de un maniquí femenino se explicó detalladamente los pasos de la autoexploración de las mamas. Se enseñaron las técnicas y procedimientos de una forma sencilla y clara, repitiendo los pasos varias veces, con palabras claves y de forma ordenada para evitar olvidos.

Para finalizar esta primera sesión, en los últimos 10 minutos, se aclararon las ideas principales, repitiendo aquellas que más se quería lograr que memorizasen y asentasen, elaborando determinadas preguntas a los asistentes para comprobar si se había entendido el tema tratado o si algo no les había quedado claro, a la vez que se les animaba a que realizasen preguntas. Además, les fue recordado el día y lugar de la siguiente sesión e intentando captar su interés, se resaltó que contaríamos con la visita de dos enfermeras supervivientes de un CM que explicarían su experiencia.

1ª sesión. Importancia y aprendizaje de una correcta AEM			
<b>Fecha:</b> Miércoles, 11 de Abril 2018		<b>Lugar:</b> Aula nº 8 Facultad de Medicina, Zaragoza	
<b>Profesional:</b> enfermera docente		<b>Material:</b> PowerPoint, ordenador, proyector, mesas, sillas, maniquí tórax femenino, folios, bolígrafos, trípticos, hoja asistencia y encuestas	
Contenido	Objetivos	Técnica didáctica	Tiempo
Presentación inicial, entrega de trípticos y registro de asistencia	Dar confianza y crear un grupo dinámico  Informar sobre las actividades a realizar durante las sesiones	Presentación oral	5 minutos
Encuesta inicial	Evaluar y conocer conocimientos previos de los asistentes	Cuestionario pre-test	5 minutos

Desarrollo del tema	Proporcionar información necesaria sobre el CM y la AEM	Explicación con ayuda de las diapositivas del PowerPoint	20 minutos
Técnicas de la AEM	Explicar cuándo y cómo realizar correctamente la AEM	Maniquí tórax PowerPoint	15 minutos
Dudas	Resolver las dudas surgidas durante la sesión  Fomentar la participación	Resolución oral	5 minutos

*Carta descriptiva de creación propia*

**2ª sesión.** Visita de dos enfermeras supervivientes del CM, puntos clave y debate.

Nada más empezar, se volvió a circular la hoja de registro a los asistentes. Esta sesión tuvo una duración aproximada de una hora.

Se comenzó con un breve resumen de lo hablado en la sesión anterior, fundamentalmente consistió en repetir y remarcar los puntos clave de la detección precoz del cáncer de mama, reproduciendo una vez más todos los pasos de la AEM y cuándo realizarla. A modo de repaso, fueron reproducidos varios vídeos que explicaban brevemente lo más importante relacionado con este tema (Anexo 13).

Les llegó el turno de palabra a las dos enfermeras voluntarias del Centro de Salud de Almozara, una de 58 años y otra de 47, supervivientes de un cáncer de mama, que nos relataron su experiencia. Uno de los cánceres fue hormo-dependiente y el otro no, así pudimos contar con dos casos distintos. Hablaron especialmente de cómo les fue detectado el cáncer, cómo actuaron ante la noticia del diagnóstico y cómo había cambiado su calidad de vida desde entonces. Previamente se quedó con ellas para facilitarles un guion (Anexo

14), pudiendo seguir después el orden que ellas prefirieron. Durante el desarrollo, las asistentes pudieron resolver algunas dudas que tenían.

Cuando todas las dudas fueron resueltas, se volvió a pasar a los asistentes el cuestionario de conocimientos previos al aprendizaje (Anexo 12), para que rellenasen de nuevo únicamente el último apartado del cuestionario (“Prácticas”), pudiendo realizar a partir de éste una comparación entre los conocimientos previos a la charla y los adquiridos posteriores a la intervención, con el objetivo de determinar la efectividad de la actividad y corregir los posibles errores o temas que todavía no les hubiesen quedado del todo claros y para conocer si de un día a otro habían probado a realizarse la AEM en sus domicilios. Además se les pasó una encuesta de satisfacción breve y anónima sobre el programa impartido (Anexo 15).

Una vez recogidos los cuestionarios, se lanzaron preguntas al grupo llevando a cabo la Técnica de “Brainstorming” (Lluvia de ideas); técnica basada en la exposición de manera informal y libre de todas las ideas en torno al tema planteado.

Para dar por finalizadas las sesiones, se agradeció la asistencia a todos los participantes y se les facilitó un número de contacto de ayuda por si les surge en el futuro alguna duda, necesitasen información adicional o se detectasen alguna anomalía y no supiesen cómo actuar.

2ª sesión. Visita de voluntarias supervivientes del CM, puntos clave y debate			
<b>Fecha:</b> Jueves, 12 de Abril 2018		<b>Lugar:</b> Aula nº 8 Facultad de Medicina, Zaragoza	
<b>Profesional:</b> enfermera docente y dos enfermeras voluntarias		<b>Material:</b> PowerPoint, ordenador, proyector, mesas, sillas, folios, bolígrafos, hoja asistencia, encuestas y cuestionario satisfacción	
Contenido	Objetivos	Técnica didáctica	Tiempo
Presentación de la sesión y asistencia	Informar en que va a consistir la sesión	Presentación oral	5 minutos

Señalar las ideas clave y recordar pasos de la AEM	Reforzar conocimientos de la sesión anterior  Fomentar la participación y memoria	Ayuda con PowerPoint  Participación de asistentes	15 minutos
Charla de una voluntaria	Conocer un caso real  Fomentar el interés	Presentación oral y PowerPoint	30 minutos
Cuestionario final	Evaluar cambios en los conocimientos iniciales  Conocer la utilidad del programa y la satisfacción de los asistentes	Cuestionario post-test  Cuestionario de satisfacción	5 minutos
“Brainstorming” (Lluvia de ideas)	Poner en común diferentes conocimientos y opiniones  Fomentar la participación	Resolución oral	5 minutos
Agradecimientos	Agradecer la asistencia y atención		5 minutos

*Carta descriptiva de creación propia*

### 6.2.6 Cronograma

	Tiempo de duración																							
	<i>Diciembre</i>				<i>Enero</i>				<i>Febrero</i>				<i>Marzo</i>				<i>Abril</i>				<i>Mayo</i>			
<b>Semana</b>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Búsqueda bibliográfica</b>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
<b>Contenido de las sesiones</b>									■	■	■	■	■	■										
<b>Aprobación del CEICA</b>											■	■												
<b>Edición y organización</b>													■	■	■	■								
<b>Captación de la población</b>																	■	■						
<b>Ejecución del programa</b>																		■	■					
<b>Evaluación global de sesiones</b>																			■	■				
<b>Elaboración de resultados y conclusiones del trabajo</b>																					■	■	■	■

### **6.3 Evaluación**

Con los cuestionarios iniciales (“pre-test”) y finales (“post-test”) se evaluaron los conocimientos adquiridos relacionados con los temas tratados durante las sesiones.

Con el cuestionario de satisfacción fue valorada la utilidad, la metodología, la organización y los recursos del programa, así como la capacidad docente y la satisfacción general de los asistentes.

Tras esta evaluación, se pretende comprobar si la finalidad del programa resultó eficaz, así como el grado de motivación de los participantes para realizarse la AEM del programa en adelante.

## **7. RESULTADOS**

*De los conocimientos que tienen sobre el AEM:*

De las 31 mujeres encuestadas, el 77,4% conocían o habían oído hablar de la autoexploración antes de realizar el programa, pero sólo 7 de ellas la había realizado regularmente durante su vida.

A la pregunta de “¿Quiénes se deben realizar el autoexamen de mama?” Un 64,5% contestó que todas las mujeres, un 25,8% que todas las mujeres a partir de los 20 años y un 9,7% no lo sabía.

En cuanto a la finalidad con la que se realiza la AEM, un 51,6% afirmó que para detectar cáncer, un 12,9% para buscar alguna enfermedad, un 25,8% para estar seguras de estar sanas y un 3,2% marcó todas las anteriores. Se abstuvo de contestar el otro 6,5%.

Las respuestas a “¿En qué momento se debe realizar el autoexamen de mama?” fueron: un 51,6% contestó una vez al mes después de la menstruación, 12,9% ocho días después de la menstruación, otro 19,4% a diario y 6,5% una vez al año. El 9,7% restante no contestó a esta pregunta.

Las razones argumentadas por las asistentes para la realización del AEM fueron: 71% para detectar cáncer tempranamente y curarlo, 9,7% para



saber si está bien, 3,2% para conocer su cuerpo, 6,5% para saber si tiene cáncer, dos asistentes marcaron todas las opciones y otra no marcó ninguna.

De las que sí habían realizado anteriormente la AEM, el 38,7% había obtenido la información sobre la AEM de su médico, el 16,1 % de libros/folletos, dos asistentes de familiares, otros dos de la TV y otra de Internet. El 29% restante señaló todas las opciones.

Del total de las asistentes, sólo el 29% habían recibido recomendaciones alguna vez en su vida para realizarse la AEM por parte de algún familiar (una tía, una prima, una hija, un marido y una cuñada).

A continuación aparecen las frecuencias y porcentajes de los resultados del apartado de “Conocimientos” de la encuesta pasada previa al comienzo de la primera sesión.

<b>CONOCIMIENTOS</b>			
		<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
<b>¿Conoce cómo se realiza el AEM?</b>	<i>Sí</i>	24	77,4
	<i>No</i>	7	22,6
<b>¿Quiénes deben realizarse el AEM?</b>	<i>No sabe</i>	3	9,7
	<i>Todas las mujeres a partir de los 20 años</i>	8	25,8
	<i>Todas las mujeres</i>	20	64,5
<b>¿Para qué se realiza?</b>	<i>No contesta</i>	1	3,2
	<i>Para estar segura de estar sana</i>	8	25,8
	<i>Para buscar alguna enfermedad</i>	4	12,9
	<i>Para detectar cáncer</i>	16	51,6
	<i>Todas</i>	2	6,5
<b>¿En qué momento se debe realizar?</b>	<i>No contesta</i>	3	9,7
	<i>A diario</i>	6	19,4
	<i>Una vez al año</i>	2	6,5
	<i>8 días después de la menstruación</i>	4	12,9
	<i>Una vez al mes después de la menstruación</i>	16	51,6
<b>Razones y beneficios</b>	<i>No contesta</i>	1	3,2
	<i>Para saber si está bien</i>	3	9,7
	<i>Para conocer su cuerpo</i>	1	3,2
	<i>Para saber si tiene cáncer</i>	2	6,5

	<i>Para detectar cáncer tempranamente y curarlo</i>	22	71,0
	<i>Todas</i>	2	6,5
<b>¿De dónde obtuvo la información?</b>	<i>Libros/folletos</i>	5	16,1
	<i>TV</i>	2	6,5
	<i>Internet</i>	1	3,2
	<i>Médico</i>	12	38,7
	<i>Familiares</i>	2	6,5
	<i>Todos</i>	9	29,0
<b>¿Alguno de sus familiares le ha motivado a hacerse el AEM?</b>	<i>NO</i>	22	71,0
	<i>SÍ</i>	9	29,0

*De las actitudes ante el autoexamen de mama:*

Un 96,8% del total estuvo totalmente de acuerdo en que es bueno realizarse la AEM. El 74,2% afirmó realizarse la AEM para protegerse de enfermedades y reconoció que el examen le ayudaba a detectar enfermedades malignas y benignas. A todas las asistentes les preocupaba la aparición de bultos.

El 70,9% se mostró de acuerdo con que el personal de salud influye en la realización del examen, mientras que el resto (un 29,1%) estaba indeciso o en desacuerdo. Un 22,6% afirmó que el personal de salud no le ha explicado nunca sobre la AEM.

Ninguna de las asistentes se mostró de acuerdo con que la AEM se consideraba un pecado y un 6,5% afirmó que sus creencias influían en la decisión de realizar la AEM. Un 83,9% se mostró en desacuerdo con la idea de que el acudir a un curandero pudiese solucionar un problema de ésta índole.

Del total, un 25,8% afirmó no tener tiempo para realizarlo, un 42% lo achacó a la pereza y un 38,8% a olvidos. Hasta un 29,1% marcó como no importante realizar la AEM. En este apartado la mayoría de asistentes marcó más de una opción.

ACTITUDES								
	TA (totalmente de acuerdo)		A (de acuerdo)		I (indeciso)		DS (totalmente desacuerdo)	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
<b>Es bueno realizarlo</b>	30	96,8	1	3,2	0	0	0	0
<b>Yo me realizo el AEM para protegerme de enfermedades</b>	16	51,6	7	22,6	2	6,5	6	19,4
<b>El AEM me da muchos beneficios</b>	13	41,9	10	32,3	6	19,4	2	6,5
<b>El personal de salud influye en la realización del examen</b>	9	29,0	13	41,9	6	19,4	3	9,7
<b>Me preocupa la aparición de bultos</b>	28	90,3	2	6,5	1	3,2	0	0
<b>Es un pecado realizarlo</b>	0	0	0	0	0	0	31	100
<b>La religión influye en la decisión de realizarlo</b>	0	0	2	6,5	1	3,2	28	90,3
<b>El examen me ayuda a detectar enfermedades malignas y benignas</b>	21	67,7	3	9,7	4	12,9	3	9,7
<b>Puedo acudir a un curandero para que me de masajes</b>	1	3,2	2	6,5	2	6,5	26	83,9
<b>No tengo tiempo</b>	4	12,9	4	12,9	4	12,9	19	61,3
<b>Me da pereza</b>	3	9,7	10	32,3	5	16,1	13	41,9
<b>Se me olvida</b>	2	6,5	10	32,3	5	16,1	14	45,2
<b>No creo que sea importante</b>	6	19,4	3	9,7	3	9,7	19	61,3
<b>El personal de salud no me ha explicado sobre esto</b>	4	12,9	3	9,7	5	16,1	19	61,3

### *De las prácticas:*

Un 74,2% del total les habían explicado alguna vez como realizarse la AEM en la consulta médica, mientras que el tanto por ciento restante no recordaba que se la hubiese explicado nunca un profesional sanitario.

Un 22,6% había presentado en el pasado o presentaba en ese momento alguna alteración en las mamas, como nódulos, calcificaciones, fibrosis o bultos. Y el 25,8% tenía algún familiar que había padecido CM (tías, madres, suegras, hermanas, sobrinas y primas).

Del total de asistentes, fueron 22 las que ya se habían realizado alguna vez la AEM previa al programa (Gráfico 1). De estas, sólo la mitad admitía realizarlo cada mes.

De las 22 asistentes que habían realizado la AEM, el 40,9% no recordaba la última vez que se habían realizado la AEM, el 18,2% decía 2-3 meses, el 13,6% el mes anterior, otro 13,6% hace 2-3 días, 2 asistentes hacía 15 días y una de ellas la realizó a principios de mes.

En cuanto a las técnicas de la AEM, la mitad de las que sí habían realizado la AEM alguna vez afirmó realizar tanto palpación como observación. El 63,6% observaba sus senos de pie, mientras que la palpación, un 45,5% la realizaba acostada y un 36,4% de pie. El 86,4% realizaba la palpación con la yema de los dedos.

El 90,9% se examinaba los senos de uno en uno y el 54,5% incluía el pezón en la técnica.

Tras finalizar la 2ª sesión, se volvió a pasar esta parte del cuestionario a las asistentes. Ésta vez, sólo 3 mujeres del total no habían realizado el autoexamen (Gráfico 2). De las que sí, 25 asistentes la habían realizado entre la 1ª y la 2ª sesión del programa. Las 28 asistentes que habían realizado la AEM contestaron correctamente a la tanda de preguntas siguientes (de la 9 a la 14) relacionadas con la correcta realización de esta técnica.

<b>PRÁCTICAS</b>			
		<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
¿Le han explicado sobre AEM en su consulta?	<i>Sí</i>	23	74,2
	<i>No</i>	8	25,8
¿Algún familiar con CM?	<i>Sí</i>	8	25,8
	<i>No</i>	23	74,2
¿Alguna alteración en las mamas?	<i>Sí</i>	7	22,6
	<i>No</i>	24	77,4
¿Se ha realizado anteriormente la AEM?	<i>Sí</i>	22	71
	<i>No</i>	9	29
Sí ha realizado la AEM (22 asistentes), ¿la realiza mensualmente?	<i>Sí</i>	11	50
	<i>No</i>	11	50
¿En qué días realiza el AEM?	<i>A diario</i>	2	9,1
	<i>4-10 desde 1er día menstruación</i>	4	18,2
	<i>8 días después de menstruación</i>	6	27,3
	<i>1 vez al mes después menstruación</i>	10	45,5
¿Cada cuánto realiza el AEM?	<i>No contesta</i>	10	45,5
	<i>1 semana</i>	1	4,5
	<i>Cada 3-4 meses</i>	2	9,1
	<i>Cuando se acuerda</i>	2	9,1
	<i>Cada mes, 2 veces</i>	2	9,1
	<i>1 vez al mes</i>	5	16,1
¿Cuándo fue la última vez que realizó la AEM?	<i>No recuerda</i>	9	40,9
	<i>Hace 2-3 meses</i>	4	18,2
	<i>El mes pasado</i>	3	13,6
	<i>A principios de mes</i>	1	4,5

	<i>Hace 15 días</i>	2	9,1
	<i>Hace 2-3 días</i>	3	13,6
<b>¿Qué técnica utiliza?</b>	<i>Observación</i>	1	4,5
	<i>Palpación</i>	10	45,5
	<i>Ambas</i>	11	50
<b>¿En qué posición observa sus senos?</b>	<i>No contesta</i>	1	4,5
	<i>Sentada</i>	4	18,2
	<i>De pie</i>	14	63,6
	<i>Ambas</i>	3	13,6
<b>¿En qué posición palpa?</b>	<i>No contesta</i>	1	4,5
	<i>Sentada</i>	3	13,6
	<i>De pie</i>	8	36,4
	<i>Acostada</i>	10	45,5
<b>¿Con qué parte de la mano palpa sus senos?</b>	<i>Con toda la mano</i>	0	0
	<i>Con los dedos</i>	3	13,6
	<i>Con la yema de los dedos</i>	19	86,4
<b>¿Cómo examina los senos?</b>	<i>Ambas a la vez</i>	2	9,1
	<i>Una por una</i>	20	90,9
<b>¿Incluye examen de pezón?</b>	<i>Sí</i>	12	54,5
	<i>No</i>	10	45,5
<b>Tras la 1ª sesión del programa (POST intervención)</b>			
<b>¿Se ha realizado la AEM?</b>	<i>Sí</i>	28	90,3
	<i>No</i>	3	9,7
<b>¿Cuándo fue la última vez que se realizó el AEM?</b>	<i>Ayer y hoy</i>	25	90,3
	<i>Antes del programa</i>	3	9,7

### Realizó AEM pre-conocimientos

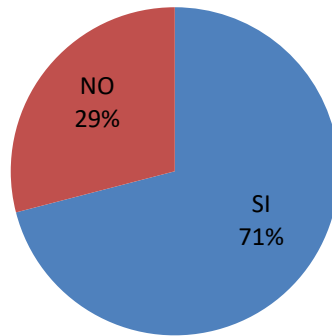


Gráfico 1

### Realizó AEM post-conocimientos

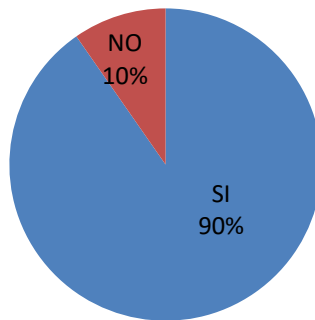


Gráfico 2

*Del cuestionario de satisfacción del paciente en las sesiones:*

Teniendo en cuenta que 0 es el “grado más bajo de satisfacción o estar totalmente desacuerdo” con el programa y 10 el “grado más alto de satisfacción o estar totalmente de acuerdo”, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

El total de asistentes consideró con una calificación de 8,68 de media la utilidad del programa y el cumplimiento de los objetivos y expectativas. Y se evaluó la metodología didáctica empleada por los docentes con un 8,42 de media.

La satisfacción con el equipo docente que intervino fue calificada con una media total de 8,90, siendo las medias correspondientes a cada docente con un 8,96 para el Docente 1 (Enfermera docente titular del programa) y un 9,16 para las Docentes 2 y 3 (enfermeras voluntarias del Centro de Salud Almozara).

La organización logística en la contribución al desarrollo óptimo de la sesión fue calificada con un 8,84, alcanzando la satisfacción general con el programa por parte de las participantes una media de 8,81.

### Satisfacción con el programa

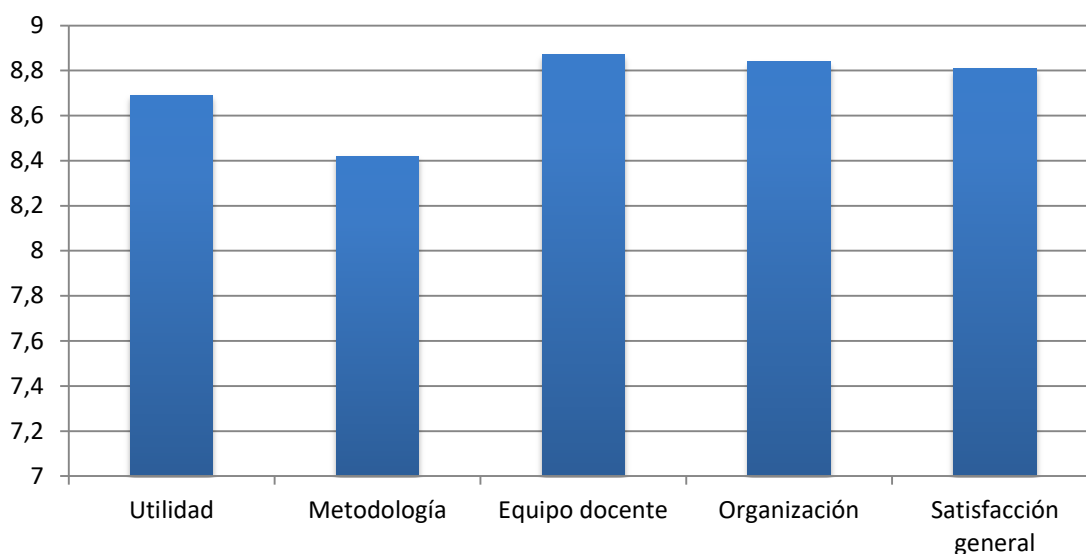


Gráfico 3



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

	<b>Objetivos y expectativas</b>	<b>Resultados útiles</b>	<b>Metodología</b>	<b>Equipo docente</b>	<b>Docente 1</b>	<b>Docente 2</b>	<b>Docente 3</b>	<b>Organización</b>	<b>Satisfacción general</b>
<b>Puntuación media</b>	8,68	8,68	8,42	8,90	8,96	9,16	9,16	8,84	8,81

Una vez obtenidos los resultados generales de cada apartado de las encuestas pasadas, fue analizada la existencia de posibles relaciones estadísticamente significativas entre las diversas variables cualitativas. A continuación aparecen las que se consideran de mayor relevancia:

Existe diferencia estadísticamente significativa ( $<0,05$ ) entre los casos que realizaban la AEM previa a la intervención y los casos que la realizaron post-intervención.

¿Se ha realizado ya anteriormente el AEM?				P= 0,019
		AEM post		
		NO	SÍ	
AEM pre	NO	3 (33,3%)	6 (66,7%)	
	SÍ	0	22 (100%)	
Total		3 (9,68%)	28 (90,32%)	

Existe asociación significativa ( $<0,05$ ) entre no haber sido explicada la AEM por los profesionales sanitarios y no haber realizado la AEM previa al programa.

De los que no la realizaban antes de impartir el taller pero tienen conocimientos sobre la técnica, dicen haber obtenido la información de otros medios (TV, libros/folletos, radios, internet, familiares,...)

Relación entre haber recibido información de la AEM por profesionales sanitarios y haber realizado la AEM antes del desarrollo del programa						
		Habían recibido información de la AEM por profesionales sanitarios				P=0,03
		DS (totalmente desacuerdo)	I (indeciso)	A (de acuerdo)	TA (totalmente de acuerdo)	
AEM pre	NO	2	2	2	3	
	SÍ	17	3	1	1	
Total		19	5	3	4	

No existe asociación estadísticamente significativa ( $>0,05$ ) entre la motivación familiar para realizarse la AEM y la presencia de antecedentes familiares de CM entre los asistentes al programa. Es decir, de las 8 mujeres que tenían familiares con CM, la mitad fueron motivadas por ellos a realizarse

la AEM, mientras que de las 23 restantes sin antecedentes familiares, 5 habían sido motivadas por familiares para realizarse la AEM.

Relación entre tener un familiar que haya padecido CM y haber sido motivado por estos para realizarse la AEM				
		Tienen familiar con CM		P=0,144
		NO	SÍ	
Motivación familiar para realizar AEM	NO	18 (81,8%)	4 (18,2%)	
	SÍ	5 (55,6%)	4 (44,4%)	
<i>Total</i>		23 (74,2%)	8 (25,8%)	

No existe diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres que consideraban como “bueno” realizarse la AEM y haberse realizado o no esta técnica previa al programa. Por tanto, a pesar de que todas las mujeres que asistieron al programa consideraban como “bueno” realizarse la AEM, el 29% (9 del total) no se había realizado nunca la AEM antes de comenzar el programa.

Relación entre haberse realizado la AEM previa al programa y considerar como “buena” dicha técnica				
		AEM pre		P=0,290
		NO	SÍ	
Es bueno realizar la AEM	<i>A (de acuerdo)</i>	1 (100%)	0	
	<i>TA (totalmente de acuerdo)</i>	8 (26,7%)	22 (73,3%)	
<i>Total</i>		9 (29,0%)	22 (71,0%)	

## 8. DISCUSIÓN

Al programa asistieron 31 mujeres y no todas pertenecientes a la UEZ. Teniendo en cuenta que hay más de 100 mujeres apuntadas en esa universidad, la asistencia fue menor de la esperada. Al preguntar a las mujeres a la salida de sus clases porque no asistían al programa, la mayoría se justificó por la incompatibilidad de horarios y algunas por haber pasado ya un CM y no querer escuchar más sobre el tema. Por desgracia, la no participación en programas de prevención del CM es frecuente y los motivos a menudo parecidos. Esta idea se reafirma con un estudio realizado en Valencia sobre los motivos por los que las mujeres habían declinado la invitación a la participación

en un programa de prevención (36), donde se observa que los motivos de no participación se podían dividir según la clase social a la que pertenecían. Las de clase social media o alta no participaron por estar tomando THS o por estar siendo revisadas por otros servicios sanitarios y las de nivel socioeconómico bajo, por temor o dificultades de horario.

De las participantes al programa, el 71% había realizado alguna vez la AEM, pero se demostró con posteriores preguntas que sólo 7 de las asistentes realizaban correctamente la técnica de la AEM previamente a la explicación.

El presente programa fue realizado en Zaragoza, España, un país considerado como desarrollado y donde la sanidad pública está muy bien valorada por los usuarios. Si comparamos las estadísticas con zonas con menos recursos económicos y educativos como Sullana (Perú), donde se realizó una encuesta a 100 mujeres sobre los conocimientos de la AEM, los resultados no se alejan mucho de la realidad que se da en los países desarrollados. En dicho estudio, más de la mitad de la población encuestada nunca se había realizado un autoexamen de mama y del 56% que decían conocer para qué servía la AEM, solo el 43% conocía la técnica y únicamente el 8% la practicaba correctamente. Estos bajos niveles de conocimientos los relacionan con la falta de enseñanza de la técnica, el poco acceso a los servicios primarios de salud y el desconocimiento del impacto real del CM en la mujer afectada (37). Aunque la literatura refiera discrepancia sobre la utilidad de la AEM, el no enseñar la técnica puede resultar en que las mujeres no estén alerta a lesiones significativas (38).

También podemos hacer comparaciones con los resultados obtenidos en otro estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar de México, el cual mostró que el 82,8% de las encuestadas sabía qué era la AEM, el 76,5% respondió que enfermería les proporcionó esa información y el 73,7% que se revisaban las mamas, sin embargo, la prueba visual sobre los conocimientos de la AEM demostró que un 72,8% no la realizaban correctamente. El motivo principal considerado como limitación para la realización de la AEM fue la vergüenza y el miedo a saber que pueden tener cáncer (39).

En un estudio descriptivo exploratorio realizado en Ceará (Brasil) con 60 mujeres entrevistadas, el 65% no conocían la AEM y de las que sí, el 55% afirmaron hacérselo en algún momento y el 45% no se lo realizaban por desconocimiento de la técnica u olvido. A partir de los resultados, se percibió que las mujeres entrevistadas tenían un conocimiento incipiente en cuanto al AEM, haciendo necesario la implementación de medidas que promuevan su adhesión a esa práctica de manera segura y sistemática. El déficit de conocimiento y de autocuidado son aspectos que deben ser mejor trabajados y enfatizados entre las mujeres, con el objetivo de ayudarlas a asumir un papel más activo en el cuidado de su salud (40).

Del total de asistentes a nuestro programa, el 25,8% aseguró que nunca habían recibido información sobre la AEM en su consulta por parte del personal sanitario y aunque este porcentaje de poca información al paciente pueda resultar elevado en nuestro sistema sanitario, no es nada comparado con los resultados obtenidos de una encuesta realizada en el Distrito Sanitario de la Bahía de Cádiz sobre los conocimientos de la mamografía de cribado (26), donde ninguna de las 434 mujeres había recibido información sobre los beneficios y riesgos del programa de cribado por su entorno sanitario y su principal fuente de información venía de los medios de comunicación (televisión principalmente). Aunque se refiera a las mamografías, se trata también de prevención secundaria y resalta la importancia de animar a los profesionales de Atención Primaria a mejorar sus competencias a la hora de proporcionar información a las mujeres sobre esto. Incluso añade que se ha demostrado que, al igual que las mujeres, los médicos de Atención Primaria no comprenden bien los beneficios de someterse a una prueba como ésta.

Es posible que algunos de estos profesionales no defiendan la participación en este programa por la influencia de aquellos estudios que siguen defendiendo y demostrando que el cribado de cáncer de mama no mejora la supervivencia de las mujeres, lo que se supone que es la finalidad del mismo. Como ejemplo, un estudio descriptivo longitudinal realizado a las mujeres entre 50-65 años de Tarragona (41), determinó que no se encuentra diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia de las mujeres que se detectaron ellas mismas el tumor y no participaban en los programas de

detección precoz del CM de las que se les fue detectado en el propio programa. Pero estos programas sí pueden resultar útiles en la detección precoz del CM en pacientes asintomáticos, siempre que se obtengan balances positivos (42).

*Limitaciones del estudio:*

Cabe empezar destacando el no haber encontrado otros estudios que investiguen los conocimientos sobre la prevención y la realización de las técnicas de la AEM en mujeres de la tercera edad con los que poder comparar nuestros resultados.

La segunda limitación que se ha encontrado ha sido la existencia de muchas variantes en el orden de la realización y explicación del autoexamen, pero las pautas fundamentales dictadas por las distintas organizaciones, al final, resultaban ser las mismas. Por lo tanto, cuando llegó el momento de explicar la AEM en el programa se comentó que podrían encontrar los pasos de esta técnica de formas muy diversas, pero que se les iba a explicar de la forma en que la docente solía realizarlo y le resultaba más sencillo memorizar los pasos, de manera que una vez que tuviesen las pautas claves, las asistentes adquiriesen su propio orden al realizar la AEM. Se les recomendó aquella manera que les resultase más cómoda y fácil de recordar.

También debe ponerse de manifiesto en la ejecución del programa los obstáculos encontrados en la manera de informar y convocar a la población objeto de las sesiones que se iban a llevar a cabo. El llamamiento indirecto de la población, que supone colocar en los tablones de anuncios el programa y junto a estos las listas para que se apuntasen voluntariamente, no fue muy efectivo ya que la mayoría pudo mostrar cierta vergüenza a que su nombre apareciese escrito en la lista y pudiese verlo el resto de gente. A raíz de esa percepción, se decidió hacer los cuestionarios y encuestas del programa de manera anónima, con el fin de intentar conseguir unos resultados más veraces. En cuanto a la captación directa, durante dos semanas, de martes a jueves, la enfermera docente pasó por todas las aulas posibles, minutos previos al inicio de las clases, para informar y anunciar el presente programa. En este caso, la gente pareció muy interesada y dio la sensación de que asistiría más gente que

la que finalmente acudió. Por la incertidumbre de no saber si se llegaría a cumplir el cupo de asistentes previsto y al ser todo voluntario, el programa fue anunciado además a mujeres mayores de 64 años no pertenecientes a la UEZ, que estuviesen interesadas en el tema y pudiesen asistir.

A pesar de todas estas dificultades, es un hecho que el aumento de la esperanza de vida de la población, acompañada en su mayoría por una mejor calidad de vida, lleva a la persona mayor a empoderarse de su salud, tener más control sobre ella y ser partícipes en todo lo posible. Lo demuestra la asistencia y participación voluntaria a programas educativos que les enriquecen y favorecen su capacidad para tomar las decisiones que conciernen a su salud y su persona.

Además, estos programas educativos sirven como herramienta fundamental para visualizar y afrontar un problema de salud global como es el cáncer de mama. En este sentido, las mismas profesionales que participaron de manera desinteresada en este programa manifestaron que veían muy interesante la iniciativa y dejaron abierta la posibilidad impartir este mismo curso para los profesionales de sus centros de salud, y en otros que puedan estar interesados.

## **9. CONCLUSIONES**

1) Muchas mujeres de la tercera edad han escuchado hablar alguna vez a lo largo de sus vidas sobre la AEM y su importancia en la prevención precoz del CM, pero la gran mayoría de ellas no realiza esta técnica regularmente.

2) Cuando se establece un programa de salud todo el mundo suele quedar satisfecho y agradecen posteriormente la información e implicación. Esto se demuestra en la satisfacción general de los participantes con el programa, que fue evaluado con una media de 8,81 sobre 10.

3) Se debería conseguir una mayor colaboración y divulgación de la prevención de este cáncer por parte de los servicios y del personal sanitario, evidenciándose esto en los resultados del programa, ya que el 22,58% de las

asistentes afirmaba no haber sido informada nunca sobre las técnicas de AEM por su entorno sanitario.

4) Queda demostrado el papel importantísimo de la AEM, la correcta realización de la técnica y la regularidad del proceso en la prevención del CM, ayudando a descubrir tempranamente patologías como los tumores y favoreciendo la supervivencia del paciente. Los propios asistentes al programa conocieron en primera persona la experiencia personal de dos voluntarias sobre cómo ellas mismas se habían detectado el cáncer a través de algo tan sencillo y que lleva tan poco tiempo como es la AEM. Además, el tema fue enfocado como un mensaje positivo y muy esperanzador.

5) La gran mayoría de mujeres del programa considera la AEM como algo bueno y positivo, pero los resultados recogidos de las encuestas demuestran que esto no es motivo suficiente para que éstas se realicen la AEM regularmente.

6) La evaluación del impacto de un programa de cribado de cáncer de mama en términos de reducción de mortalidad solo es posible después de al menos 10 años de la implantación completa del mismo. No obstante, es esencial la evaluación continua de los indicadores intermedios de proceso y resultado que permiten predecir su impacto, asegurar su calidad y optimizar la utilización de recursos (24). Por ello sería interesante repetir el cuestionario de conocimientos adquiridos y de prácticas de la AEM seis meses o incluso un año después de haberse realizado el programa, para asegurar la continuidad de los cuidados personales.

7) Conociendo la alta incidencia de CM en este grupo etario, se considera que sería eficaz la idea de invertir de cara al futuro en la realización de programas educativos a este sector vulnerable de la población, pudiendo conseguir así una mejor calidad en la última etapa de la vida si se conocen las técnicas y se detecta el CM en un estadio temprano.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

(1) Who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [actualizado 2016; citado 1 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

(2) Arroyo M, Martín M, Álvarez-Mon M. Cáncer de mama. Med-Progr Form Méd Cont Acred [Science Direct]. 2017 [citado 1 Dic 2017]; 12(34):2011-23. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0304541217301282>

(3) Martínez FJ, Oñoro C, Baeza ME, González C, Real de Asua D et al. Propuesta de desarrollo de una unidad de oncogeriatría. Tiempos de cambio: nuestra realidad. Rev Esp Geriatr y Geront [Science Direct]. Nov 2017 [citado 4 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0211139X17302159>

(4) INE. Estadística del Padrón continuo. INEbase [Internet]. Ene 2017 [citado 13 Ene 2018]; [aprox. 1 p]. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990)

(5) Merino JA, Torres M, Ros LH. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. Rad [Science Direct]. Sept-Oct 2017 [citado 1 Dic 2017]; 59(5):368-79. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0033833817301017>

(6) Beral V. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. Lancet [Science Direct]. 2003 [citado 2 Dic 2017]; 362:419-27. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0140673603140652>

(7) Almagro E, González CS, Espinosa E. Factores pronósticos en el cáncer de mama en estadio inicial. Med Clín [Science Direct]. Feb 2016 [citado 14 Ene

2018]; 146(4):167-71. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0025775315000391#bib0220>

(8) Ribera JM, Veiga F, Torrijas M. Enfermería Geriátrica. Madrid: Mölnlycke; 1991.

(9) Sepulveda JD, Quintero RA. Obesidad y cáncer, fisiopatología y evidencia epidemiológica. Rev Méd Risaralda [Dialnet]. 2016 [citado 2 Dic 2017]; 22(2):91-7. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5608005>

(10) Aecc.es, Asociación Española contra el cáncer [Internet]. España: aecc.es; Jun 2011 [citado 23 Dic 2017]. Factores de riesgo; [aprox 5 p]. Disponible en:  
<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMAMA/PREVENCIÓN/Paginas/factoresderiesgo.aspx>

(11) Cancer.gov, Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Estados Unidos: cancer.gov; Oct 2017 [citado 15 Dic 2017]. Tratamiento del cáncer de seno (mama) –Versión para profesionales de salud; [aprox. 3 p]. Disponible en:  
[https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq/#link/1102\\_toc](https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq/#link/1102_toc)

(12) Pascual I, Morales MM, Llopis A, Magraner JF. Aplicación del método de Gail de cálculo de riesgo del cáncer de mama a la población valenciana. Clin & Transl Onco [Internet]. Dic 2004 [actualizado Sept 2005, citado 14 Ene 2018]; 7(8):336-43. Disponible en:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF02716549>

(13) Rodríguez SA, Capurso M. Epidemiología del cáncer de mama [Internet]. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2006 [citado 14 Ene 2018]; 74:591-93. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2006/gom0611f.pdf>

(14) National Cancer Institute. Disponible en: [www.cancer.net.nci](http://www.cancer.net.nci)

(15) INE. Esperanza de vida. Productos y Servicios [Internet]. Jul 2017 [citado 4 Dic 2017]; [aprox. 1 p]. Disponible en:

[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

(16) Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, López MD, Molina MA, Díez J, Montero P et al. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. Redalyc.org [Dialnet]. 2010 [citado 5 Dic 2017]; 22(4):641-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/727/72715515016/>

(17) Berenice K, Farías K, Trujillo B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. Rev Esp Geriat y Geront [Science Direct]. Jul 2017 [citado 5 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0211139X17301361>

(18) Manzoor B, Morgan D, Setty T, Green AR, Paish EC, Ellis IO, et al. Oestrogen receptor negative early operable primary breast cancer in older women—Biological characteristics and long-term clinical outcome [PubMed]. 2017 [citado 13 Ene 2018]; 12(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5746234/>

(19) Molina MJ, Guillén C. Empleo subóptimo de la quimioterapia adyuvante en mujeres de 70 años de edad o más diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario [Science Direct]. Ene 2012 [citado 14 Ene 2018]; 47(1):15-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0211139X11001831>

(20) Breastcancer.org, Análisis para detectar el cáncer de mama [Internet]. Filadelfia: Breastcancer.org; 2017 [actualizado 5 dic 2016; citado 6 Dic 2017]. Autoexploración de la mama; [aprox. 1 p]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion>

(21) Medlineplus.gov, Cambios en las mamas con la edad [Internet]. Estados Unidos: Medlineplus.gov; dic 2017 [citado 27 Ene 2018]. Enciclopedia Médica Adams; [aprox. 1 p]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003999.htm>

- (22) Lodi M, Scheer L, Reix N, Heitz D, Carin AJ, Thiébaud N et al. Breast cancer in elderly women and altered clinic-pathological characteristics: a systematic review. Breast Cancer Res Treat [PubMed]. Dec 2017 [citado 27 Ene 2018]; 166(3):657-68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28803352>
- (23) Sardiñas R. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Rev Hab de Cien Méd [Scielo]. Sept 2009 [citado 14 Ene 2018]; 8(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1729-519x2009000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1729-519x2009000300005)
- (24) Ascunce N, Delfrade J, Salas D, Zubizarreta R, Ederra M. Programas de detección precoz de cáncer de mama en España: características y principales resultados. Med Clín [Science Direct]. Jul 2013 [citado 15 Dic 2017]; 141(1):13-23. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0025775312004149>
- (25) Carioli G, Malvezzi M, Rodríguez T, Bertuccio P, Negri E, La Vecchia C. Trend and predictions to 2020 in breast cancer mortality in Europe. The Breast [PubMed]. Dic 2017 [citado 15 Dic 2017]; 36:89-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988610>
- (26) Rosado P, Baena JM, Quílez A, González M, Expósito I, Nieto J, et al. ¿Qué piensan las mujeres sobre la mamografía de cribado? Encuesta en el programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama. Rev Senol y Pat Mam [Science Direct]. Nov 2017 [citado 14 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0214158217300592>
- (27) Aragón.es, Boletín Epidemiológico de Aragón. Dirección General de Salud Pública [Internet]. Zaragoza: SALUD; 2003 [citado 7 Feb 2018]; Programa de detección precoz de cáncer de mama en Aragón [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Profesionales/Salud%20pu>

[blica/Publicaciones/Publicaciones%20periodicas/Paginas%20de%20salud/BEA+08\\_CMP.PDF](http://publicaciones.salud.aragon.es/Publicaciones/Publicaciones%20periodicas/Paginas%20de%20salud/BEA+08_CMP.PDF)

(28) salud.aragon.es, Servicio aragonés de salud. Sector Zaragoza II Noticias [Internet]. Zaragoza: SALUD; Oct 2016 [citado 4 Ene 2018]; El plan de detección precoz del cáncer de mama cumple 20 años [aprox. 2 p]: 8(4). Disponible en: <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/noticias/el-plan-de-deteccion-precoz-de-cancer-de-mama-cumple-20-anos.html>

(29) Bernal M, Bezerra DL, Gómez FJ, Gómez GJ. Evolución del cáncer de mama en Aragón (España). Proyecciones a 15 años. Progr Obstr y Gine [Science Direct]. Dic 2012 [citado 4 Ene 2018]; 55(10):486-91. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0304501312001689>

(30) aragon.es, Gobierno de Aragón. Diagnóstico precoz del cáncer de mama [Internet]. Zaragoza: ARAGÓN; Feb 2017 [citado 4 Ene 2018]; Día Mundial contra el Cáncer 2017 [aprox. 15 p]. Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienesTarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13\\_SaludPublica/17\\_Informacion\\_sobre\\_enfermedades/20170203DIA\\_MUNDIAL\\_CONTRA\\_CANCER.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienesTarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/17_Informacion_sobre_enfermedades/20170203DIA_MUNDIAL_CONTRA_CANCER.pdf)

(31) aragonhoy.aragon.es, Día mundial del cáncer de mama [Internet]. Zaragoza: Aragón Hoy; Oct 2017 [citado 4 Ene 2018]; El Departamento de Sanidad insiste en la importancia de la detección precoz para vencer el cáncer de mama [aprox. 2 p]. Disponible en: <http://aragonhoy.aragon.es/index.php/mod.noticias/mem.detalle/area.1342/id.206912>

(32) Kolb GF. Estrategias de prevención de los cánceres de mama, próstata y colorrectal en el anciano. Rev Esp Ger & Geront [Science Direct]. Mar 2006 [citado 14 Ene 2018]; 41(2):128-33. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0211139X06729377>

(33) Llunch A. Cáncer de mama. Madrid: You & Us; 1998.

- (34) Castillo IY, Bohórquez C, Elles L, Montero L, Palomino J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. Univ Cart [Scielo]. 2015 [citado 12 Ene 2018]; pp. 32-4. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2646/1/informe%20final%20auroexamen%20de%20mama.pdf>
- (35) juntadeandalucía.es, Cuestionario de satisfacción del participante en sesiones: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2012 [citado 12 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/microsite/cms/es/evalua/>
- (36) Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, Pereiro I, Salas MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. Gac Sanit [Scielo]. May 2002 [citado 19 Abr 2018]; 16(3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000300006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000300006&script=sci_arttext&tlng=pt)
- (37) Villacrés K, Alarcón AE. Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en Mujeres de Sullana. Rev Med Hered [Scielo]. Dic 2002 [citado 19 Abr 2018]; 13(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2002000400003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2002000400003&script=sci_arttext&tlng=en)
- (38) Larkin M. Breast self-examination does more harm than good, says task force. The Lancet. Jun 2001 [citado 20 Abr 2018]; 9273(357):2109. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)05238-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)05238-7/abstract)
- (39) Yépez D, De la Rosa AG, Guerrero C, Gómez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seg Soc [IMSS]. 2012 [citado 20 Abr 2018]; 20(2):79-84. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/artic le/view/337/380](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/artic le/view/337/380)

(40) Carvalho AF, Silva M, Ferreira R. Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. Rev Cub Enf [Scielo]. Jul 2006 [citado 20 Abr 2018]; 22(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300009&script=sci_arttext&tlng=en)

(41) Salvadó MT, Bosch R, Navas N, Pons L, Lejeune M, López C, et al. Estudio comparativo de la supervivencia del cáncer de mama según diagnóstico asistencial versus programa de detección precoz. Rev Senol Pat Mam [Science Direct]. Ene 2016 [citado 20 Abr 2018]; 29(1):13-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158215001188>

(42) Natal C, Suárez MT, Serrano S, Díaz C, González C, Menéndez P, et al. Evaluación de resultados en el programa de detección precoz del cáncer de mama del Principado de Asturias. Rev Cal Asist [Elsevier]. Ene 2012 [citado 21 Abril 2018]; 27(1):38-43. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-resultados-el-programa-deteccion-S1134282X11001485>

