

International Journal of Health Science

UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN PARA DISMINUIR EL ÍNDICE DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS, EN EL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA DE MORELIA MICHOACÁN

Gaudencio Anaya Sánchez

Dr. en Educación y en Salud Pública,
Profesor Investigador de la Facultad de Salud Pública y Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
Director de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán
Morelia, Michoacán. México

Adriana Calderón Guillén

Dra. en Educación y en Salud Pública,
Profesora Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Salud Pública y Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. México
Dr. Víctor Hugo Anaya Calderón
Médico Cirujano Partero. R1 de Urgencias Médicas Quirúrgicas Hospital General Regional 220 Vicente Villada
Toluca Estado de México

Víctor Hugo Anaya Calderón

Médico Cirujano Partero. R1 de Urgencias Médicas Quirúrgicas Hospital General Regional 220 Vicente Villada. Toluca Estado de México



All content in this magazine is licensed under a Creative Commons Attribution License. Attribution-Non-Commercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).

Estefany del Carmen Anaya Calderón

Dra. en Salud Pública, Docente de la Facultad de Salud Pública y Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán México

Roger Nieto Contreras

Maestro en Derecho, Docente de la Facultad de Salud Pública y Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán México

Resumen: El cáncer de mama es un problema de Salud Pública con una tendencia ascendente por su incidencia y mortalidad en mujeres cada día más jóvenes, a pesar de los esfuerzos que se están haciendo para contener este padecimiento; en el aspecto psicológico resulta devastador desde el momento que se da el diagnóstico ya que existe una confrontación inicialmente con la idea de la proximidad de la muerte y por lo tanto la lleva a pensar en la orfandad de su familia, aunado a esto, el nivel educativo de las pacientes que acuden al Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO), los aspectos culturales y la pobreza en que viven, en gran medida determina el que no acudan a consultar en forma oportuna. El objetivo de esta investigación fue establecer una estrategia de prevención para disminuir el índice de cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años de edad, en el CEAO de Morelia, Michoacán. México. Se trató de un estudio transeccional, correlacional causal, utilizando un método cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 33 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que acudieron a atención médica al Centro Estatal de atención Oncológica. Se aplicó un cuestionario integrado por 48 ítems, el cual fue avalado por expertos. Se incluyeron a las mujeres mayores de 25 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama del CEAO, las cuales decidieron participar libremente, se excluyeron a las pacientes oncológicas del CEAO que habían sido intervenidas quirúrgicamente o que estaban con quimioterapia o radioterapia. El estudio permitió elaborar una estrategia de prevención para disminuir el índice de cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años de edad, tomando como base los siguientes ejes fundamentales: sensibilización, difusión, prevención y evaluación.

Palabras clave: Estrategia, prevención, cáncer de mama.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en México es un problema de Salud Pública con una tendencia ascendente por su incidencia y mortalidad, está determinada en gran medida por el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de los factores de riesgo, así como por la falta de un programa nacional de detección oportuna integral. Lo que resulta evidente por el diagnóstico de cáncer de mama en etapas tardías en un 90%.

Los esfuerzos que se están haciendo para contener el número de casos de cáncer de mama no son suficientes y la respuesta la tenemos al revisar el comportamiento epidemiológico de esta pandemia ubicándose en el primer lugar de causa de muerte por cáncer en la mujer en edades más tempranas y en estadios más avanzados (II, III Y IV), asistiendo a un proceso de evolución natural de la enfermedad que llevara a la muerte de la paciente en un corto tiempo si no se trata de manera adecuada desde el principio. El informar sobre un padecimiento de cáncer a una mujer resulta devastador, ya que se impactan la estructura biopsico social, cultural, educativa y espiritual. (Mohar, 2009).

En el aspecto médico, el estado de salud de la paciente se complica cuando algunos médicos con una idea mercantilista o sin el conocimiento, ni estudio previo dan respuestas confusas a las paciente diciéndoles que es solo leche cuajada, que es una bolita de grasa, que es solo una fibrosis que no se preocupe que no es malo, que la van a observar, dándole cita médica y que con el medicamento que va a tomar o aplicar en pomada en su seno que por lo regular son antiinflamatorios va a mejorar, esto es referido por la mayoría de las usuarias.

En el aspecto psicológico resulta angustiante desde el momento en que se le da un diagnóstico de tumoración maligna en virtud de que se genera una confrontación inicialmente con la idea de la proximidad

de la muerte en donde la mujer piensa en la orfandad en la que dejará a su familia. En lo biológico su autoestima se ve disminuida porque se visualiza sin uno o ambos senos.

En lo social se presenta una tendencia al aislamiento de la comunidad a la que pertenece, la mayoría de las veces genera ansiedad al saber lo que padece la usuaria y asume comportamientos de compadecer a la paciente y compararla con otras integrantes de la comunidad que padecieron cáncer y que en la mayoría de las veces fue atendido de manera tardía con pérdida de la calidad de vida y en otras ocasiones con la muerte.

En lo cultural llega a vivir en algunas comunidades la marginación por la idea equivocada de que pueda resultar contagiosa la enfermedad, de igual manera se enfrenta a una lluvia de recomendaciones sobre infinidad de remedios caseros, que le aseguran que cura el cáncer, generando retraso en la consulta con el médico de primer contacto y gastar el poco recurso económico sin resultados para resolver su padecimiento.

En lo espiritual dada la idiosincrasia del mexicano este lo vive como un abandono de Dios generándose la interrogante de ¿Por qué a mí?, o enfrentado sentimiento de culpa, o de castigo. Por lo anterior tiende a refugiarse en su fe llevándola a pensar en que ella ya vivió y que se haga lo que Dios decida, retrasando su tratamiento médico y por lo tanto teniendo un mal pronóstico para su salud.

El nivel educativo de nuestras pacientes es de relevancia, si consideramos que existen aspectos deprimentes en donde muchas de nuestras usuarias son analfabetas y provienen de un estrato socioeconómico pobre y marginado, que les limita entender muchas veces las indicaciones médicas y la gravedad de un diagnóstico de cáncer de mama.

La pobreza en que viven nuestras pacientes determina que no acudan a la consulta, aunque en su autoexploración se hayan

detectado lesiones en sus senos, porque priorizan como madres las necesidades de los hijos, del marido y otras veces de sus padres que viven con ellas y que enfrentan problemas de salud por su edad. Es de suma tristeza saber que su ingreso económico es tan pobre que muchas veces no tienen unos pesos para la alimentación de ellas y su familia, para el transporte, mucho menos para ir al médico, posponiendo su tratamiento y por lo tanto complicándose su recuperación, reduciéndose su calidad de vida. (Consenso Nacional sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer mama, 2011).

Por lo que es importante reeducar al médico y paramédico de primer contacto sobre la importancia de actualizar sus conocimientos y enseñarlos a pensar que lo que está interrogando y escuchando de su paciente puede ser cáncer además de recordarle que para tener más claridad sobre un diagnóstico debe de palpar ambos senos haciendo énfasis en el que la paciente señala como afectado, siempre acompañado de un personal enfermería, esto nos permitirá hacer énfasis sobre la educación para la Salud, que debe ser vista como uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública. La educación para la salud imparte conocimientos cuyo objetivo es que las personas recuerden cuidar de sí mismas, de su familia o comunidad llegando a modificar conductas y adquirir nuevos estilos de vida que nos permitan superar las resistencias a partir de un difuso concepto de auto cuidado para conservar la calidad de vida de nuestras usuarias y disminuir los índices de cáncer de mama. (De vita, 2000). El objetivo de la presente investigación fue establecer una estrategia de prevención para disminuir el índice de cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años de edad, en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán.

La Información y educación son dos de los elementos que debemos conjugar para disminuir en la comunidad la prevalencia de los factores de riesgo implicados en la causalidad del cáncer, que permita tener un impacto significativo en la reducción de la morbimortalidad. Sin embargo, desde la perspectiva de la salud pública las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para el conocimiento de los factores de riesgo, la promoción de los estilos de vida sanos que contribuyan a reducir la morbilidad por el cáncer de la mama y el fomento de la demanda para la detección temprana con el objeto de mejorar la oportunidad y el diagnóstico y tratamiento.

Las estrategias de enseñanza son procedimientos que utilizan en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizaje significativos en los usuarios (Mayer, 1984; Shuell, 1988; West, Farmer y Wolff, 1991).

Por tanto, los tipos de estrategias de aprendizaje y de enseñanza, se encuentran involucrados en la promoción de aprendizajes constructivos de los contenidos de los programas de prevención (Díaz, 2010).

Para Monereo (1994), las estrategias de aprendizaje son procesos de toma de decisiones en los cuales el alumno elige y recupera, de manera coordinada, los conocimientos que necesita, dependiendo de las características de la situación educativa en que se produce la acción.

Desde una perspectiva socio constructivista, la enseñanza situada puede definirse como aquella propuesta pedagógica que se diseña y se estructura con la intención de promover aprendizajes situados, experienciales y auténticos en las usuarias, que les permitan desarrollar habilidades y competencias sobre el cáncer

de mama femenino y el aprendizaje de la autoexploración teniendo como fundamento la teoría del autocuidado. (Freire, 2004).

Algunas propuestas pedagógicas, que por sus características propias pueden incluirse son el aprendizaje basado en problemas (ABP) y el aprendizaje basado en el análisis y estudio de casos (ABAC).

Resulta de suma importancia considerar que la falta de sensibilización del médico de primer contacto puede ser multifactorial, primero porque en la mayoría de los casos tiene una formación de medicina general llegando a presentar en muchos casos insuficiencia de conocimientos sobre las estructuras anatómicas y el funcionamiento de las glándulas mamarias, además de encontrar resistencias culturales en la mujer, su pareja y su familia, para poder llevar a cabo la exploración de los senos de la usuaria.

El tiempo que media entre la decisión de buscar un servicio de salud y recibirla se divide en tiempo de traslado y tiempo de espera en la unidad de salud. El primero afecta más a las poblaciones rurales, donde la oferta de servicios puede ser escasa y se deben recorrer distancias más largas para recibir atención. Por el contrario, en las ciudades la queja más habitual es el excesivo tiempo de espera para recibir atención.

Los tiempos de espera prolongados pueden ser indicadores de una organización deficiente de la prestación del servicio que impactan fuertemente en la percepción que tiene el usuario de la calidad del servicio. El promedio nacional de tiempo de espera para recibir atención en consulta externa es de 26.2 minutos. Las diferencias en el tiempo de espera promedio entre entidades federativas son considerables: el mejor promedio corresponde a Veracruz, con 13.5 minutos, y el tiempo promedio más alto corresponde a Baja California, con 67 minutos.

La mayoría de las mujeres que han sido

diagnosticadas de cáncer de mama hablan que existen barreras sociales y culturales a las que se enfrentan para acceder a los servicios de salud y tener un diagnóstico temprano de cáncer.

La percepción cultural del cáncer y de género que alude a las normas y expectativas socialmente construidas sobre las características, comportamientos y roles que se consideran apropiados y se asignan tanto a hombres como mujeres, es determinante para que el cáncer sea considerado como sinónimo de muerte, creencia que llega a ser un obstáculo para que las mujeres vayan voluntariamente a hacerse una mastografía o a revisarse por su prestador de salud. Además, en su papel de cuidadoras son las últimas en cuidarse y atenderse, generándose miedo a que se desestructure la familia al estar enferma; en la cultura de la autoexploración hay muchos tabúes respecto a tocar su propio cuerpo, o bien a que otros varones (médicos) toquen su cuerpo, sus senos; además de que los esposos no permiten que sean tocadas por otros varones (médicos). En la percepción de las mujeres jóvenes se sienten sanas y libres de enfermedad por lo que no piensan en que ellas puedan tener esta enfermedad.

La autoconcepción que tiene la mujer en su núcleo familiar es de no verse débil, no sufrir, no llorar por lo que muchas veces oculta su enfermedad, aunado a esto la creencia religiosa sobre la presencia de un ser supremo que determinará si se sana o si se cura o bien hay una resignación a depositar en el poder divino la salud o la enfermedad de la paciente. La pobreza es otro factor que influye para que las mujeres no sean diagnosticadas y tratadas; a pesar de que existen programas gubernamentales que brindan apoyo económico y/o en especie a estas pacientes; para la mayoría de las mujeres sin aseguramiento, la carga económica representa una preocupación más en el

proceso que deben vivir. Los costos de los exámenes para confirmar el diagnóstico, así como los costos del tratamiento (generalmente incluye cirugía, quimioterapia, radioterapia y medicamentos de control) y traslado son muy altos por lo cual en muchos casos no asisten; abandonan el tratamiento o bien terminan generando un gasto que empobrece a su familia sin contener la evolución natural de la enfermedad teniendo desenlaces en muchas ocasiones en corto tiempo fatales. (Goldman, 2014).

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo. El riesgo de enfermar es superior en la mujer de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control.

En México, con una población de aproximadamente 117 millones de habitantes (INEGI) el cáncer de mama es hoy uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer de 25 años y más, esta enfermedad se considera una amenaza mucho mayor para la salud y la vida de las mujeres pobres; este patrón epidémico sorprendió a la infraestructura médica oncológica, misma que está llegando de manera tardía.

Esta nueva realidad para el cáncer obliga a plantear nuevas medidas para controlar los factores de riesgo conocidos de esta tumoración, la forma de mejorar la detección oportuna, el diagnóstico, tratamiento y la infraestructura de servicios médicos necesarios para el optimo control, lo cual implica ofrecer educación para la salud; mejorar programas de prevención y detección

oportuna de cáncer (DOC); optimizar el diagnóstico e instituir tratamiento específico; y suministrar cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida.

Es por ello que resulta impostergable que se considere una prioridad los programas de prevención y promoción ampliando el presupuesto destinado para implementar estos.

METODOLOGÍA

Se trató de un diseño de investigación no experimental, de corte transversal, correlacional causal, cuantitativo (enfoque mixto). Se consideró como unidad primaria a las mujeres mayores de 25 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama que acudieron a tratamiento médico al CEAO. Para determinar la muestra se utilizó el método de Juan Castañeda Jiménez quedando de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 pq}{e^2}$$

VALOR	DATOS
Z= Nivel de confianza	75%
e= precisión o error	10%
p= variabilidad positiva	0.5
q=variabilidad negativa	0.5

$$Z=1.15 \text{ (valor encontrado en la tabla Z)}$$

$$n = \frac{(1.15)^2(0.5)(0.5)}{0.1^2} = 33.08$$

$$10^2$$

$$n=33.08$$

Las pacientes que fueron excluidas del estudio fueron mujeres con tratamiento quirúrgico, quimioterapia y/o radioterapia.

Se aplicó un cuestionario con 48 preguntas cerradas, a mujeres mayores de 25 años, con

diagnóstico de cáncer de mama las cuales estaban internadas en hospitalización II, y aquellas que acudieron a consulta al área de clínica de mama, durante los turnos matutino, vespertino o nocturno; el instrumento estuvo orientado a indagar sobre los factores de riesgo de cáncer de mama para generar una estrategia de prevención en mujeres mayores de 25 años en el CEAO de Morelia, Michoacán.

El cuestionario fue avalado por 4 especialistas de reconocido prestigio.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS

En el cuestionario aplicado a las pacientes oncológicas se determinó que las mujeres que están siendo más afectadas se encuentran en el rango de edad de los 28 a los 46 años con un porcentaje de 51.5, además es de señalar que el promedio de estudio en la mayoría de ellas es de primaria, este bajo nivel educativo es determinante para no tener conciencia sobre la importancia de cuidar su salud y ocupándose en el hogar donde prioriza el bienestar de la familia sobre sus propias necesidades de salud, aunado a tener un solo ingreso que es insuficiente frente a un problema de cáncer que aunque está cubierta por el seguro popular, su grado de pobreza extrema y el ser del interior del estado y de la zona rural en mucha de ellas la hace posponer o abandonar su tratamiento.

Aunado a lo anterior se encontró que de la muestra total de mujeres encuestadas, 89.9% durante el año próximo pasado, no se les invitó a pláticas o talleres sobre cáncer de mama, y en un porcentaje de 75% no se les dio información por escrito (dípticos trípticos folletos carteles) con lo que se puede inferir que los programas de prevención y detección oportuna de esta enfermedad no se están aplicando de manera correcta por parte del personal médico de la secretaría de salud, dejando a la población femenina desinformada, sin conocimiento,

lo que evita además que no socialice con su familia, amigas y grupo social los contenidos, generando que las pacientes estén llegado a la consulta oncológica con cáncer de mama en estadios avanzados y con mal pronóstico de vida. Llama la atención que la técnica de la autoexploración, aunque se le ha dado mayor difusión, existe un número importante de usuarias que nos dicen que no las han enseñado, lo que traduce es que el personal médico sigue enfrentando insuficiencia de conocimientos, barreras culturales, temores, falta de pericia, o de apoyos didácticos para enseñar esta técnica auto exploratoria.

Pero además, cuando la mujer llega a identificarse alguna lesión en su seno mediante la autoexploración, se encuentra que no es una prioridad para ella porque no acude a consulta médica sino hasta varios meses después de haber identificado el tumor en alguno de los cuadrantes de su glándula mamaria, lo que denota falta de sensibilidad a que pueda ser cáncer y a que cada día que se pierde, la enfermedad se disemina (metástasis celular) y pasa a otros estadios con resultados fatales para la mujer y su familia. Y cuando decide ir a la consulta lo hace con un médico general que sigue siendo el primer contacto y no con un médico oncólogo.

Sin embargo, se debe de mencionar que este médico de primer contacto en la opinión de un 69.7% de mujeres encuestadas señalan que no fueron bien orientadas y 63.6% observaron una falta de conocimientos sobre esta enfermedad y falta de sensibilidad para pensar que puede ser cáncer y referirlo con un especialista. Esto lleva a la reflexión en torno al poco conocimientos que se tiene sobre la transición demográfica y epidemiológica que está viviendo nuestro país y se cuestiona el perfil del egresado de la carrera de medicina, así como la falta de aplicación real de un programa de capacitación continuo sobre el cáncer a todos los médicos generales

por parte de la Secretaría de Salud que les permita, conocer la Norma Oficial Mexicana y mantenerse actualizado sobre el diagnóstico, tratamiento y manejo de esta enfermedad, que en el panorama epidemiológico está representando un serio problema de salud pública al estar ocupando el primer lugar como causa de muerte por cáncer de mama en la mujer.

En este mismo sentido se señala que hay un desinterés en la consulta por parte del médico que lo lleva a no atender a tiempo a la paciente por lo que genera incomodidad, desconfianza y en algunos casos cancelación o abandono de la consulta de la paciente generando con esto una imagen del médico de falta de seriedad y ética que debe prevalecer en la relación médico paciente, por lo que debe de ocupar al sistema de salud para evitar que se incurra en simulación laboral y sub registro de datos estadísticos, práctica muy frecuente en algunos trabajadores de la salud.

De igual manera podemos contrastar la actitud del médico, con la actitud de la usuaria quien muestra un gran interés por no perder sus consultas, ya que al conocer que enfrenta un diagnóstico de cáncer, esta enfermedad la relaciona con la muerte. Frente este temor acepta practicarse todos los estudios que se le indican por parte del médico, incluidos los de mastografía, procedimiento que es vivido por mucha de ellas como invasivo de sus intimidades.

Otro elemento que debemos considerar como una barrera es la economía de la salud de la paciente, ya que muchas de ellas se encuentran en pobreza extrema, debiendo considerar que frente a esta enfermedad no hay recurso que económico que alcance, aun con el apoyo de su familia y del seguro popular.

En este mismo sentido se debe observar que hay una falta de información hacia la paciente sobre el comportamiento

epidemiológico de esta enfermedad que ocupa el primer lugar como causa de muerte en las mujeres cada día más jóvenes, el no concientizar y educar en la salud a las pacientes es reducir la participación de ellas en su tratamiento y que puedan sumarse como sujeto activo e informado que oriente a su familia y comunidad para reducir la presencia de esta enfermedad.

De las 33 pacientes oncológicas encuestadas, el 84.8% refieren que el cáncer se desarrolló por la influencia del estilo de vida, considerando que el 30.3% tiene antecedentes de cáncer de mama por vía materna, el 18.2 por vía paterna y el 54.5% por otros tipos de cáncer, resulta de suma importancia en virtud de que si bien no podemos modificar la carga genética de cáncer de mama, si se puede corregir el estilo de vida ya que incluye alimentación, ejercicio, recreación, descanso, saneamiento ambiental, vivienda entre otros.

Resulta de suma importancia los aspectos culturales en la paciente oncológica ya que en la respuesta sobre sus creencias, la fe es una determinante de mucha trascendencia en el proceso salud enfermedad, lo que determina en gran medida la actitud sobre el cáncer de mama, la cual es mal interpretada al desplazar en una imagen divina y esperar la generación de un milagro para la curación de esta enfermedad, generando desconocimiento, desidia e inmovilidad en la paciente y su familia al buscar la atención médica oportuna.

De igual forma es de considerar que el número de pacientes que responde que no tienen conocimiento sobre el estadio en el que encuentra su enfermedad es muy elevado, lo que permite inferir que si hay un bajo nivel de compresión de su riesgo personal y por lo tanto hay un bajo nivel de conciencia de vida, y autocuidado de su salud, lo que puede generar una falta de adherencia al tratamiento médico, así como en integrar con eficiencia una adecuada estrategia de prevención que

nos permita modificar la evolución de la enfermedad y así reducir las complicaciones.

En este mismo sentido es de mencionar que en relación médico paciente el proceso de la comunicación enfrenta limitantes ya que en un alto porcentaje se señala que no han recibido información suficiente sobre su enfermedad lo cual implica el tratamiento y pronóstico, lo que estaría limitando la efectividad de las intervenciones y por consecuencia el pronóstico y su calidad de vida.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se cumplió con el objetivo general y los específicos toda vez que se logró establecer una estrategia de enseñanza y prevención para disminuir el índice de cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años de edad en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán, logrando identificarlos factores que están influyendo para que se esté presentando el cáncer de mama en mujeres cada día más jóvenes.

La hipótesis planteada en relación a que una estrategia de prevención disminuye el índice de cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años de edad, está apoyada por los resultados obtenidos en esta investigación, lo que permite demostrar que el trabajo realizado sobre la prevención del cáncer de mama está siendo insuficiente, como se demuestra al revisar la incidencia y la tasa de morbilidad del panorama epidemiológico de esta enfermedad.

La presente propuesta de una nueva estrategia de prevención para disminuir el índice de cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años de edad en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán, surge de los resultados obtenidos de la presente investigación; donde se consideran 4 ejes básicos para lograr el objetivo planteado.

- 1.- Sensibilización
- 2.- Difusión
- 3.- Prevención
- 4.- Evaluación

SENSIBILIZACIÓN

En este eje, se considera necesario retomar la importancia de la figura de medico como un prestador de servicio que debe de sustentar su quehacer en la medicina a partir de una identidad humanista que le genere un valor ético y moral, en donde la educación y formación profesional sea una prioridad para hacerse llegar un conocimiento integral que le permita ser guía, consejero, amigo, quien atiende, más allá de los males somáticos, sus repercusiones espirituales, incluida en ellas la interpretación delirante que puede hacer la enferma de su mal, de la amenaza de morir, del temor y la esperanza; considerando lo anterior se propone:

Impartir un taller sobre bioética, a través del cual permita favorecer la reflexión crítica sobre su quehacer como médico de primer contacto, donde se retomen los valores, tomando como referencia el juramento hipocrático.

DIFUSIÓN

Gestionar espacios en radio y televisión, que permita informar a la población en forma permanente sobre el cáncer de mama, generando un espacio de diálogo entre la población y el personal médico para aclarar y orientar sobre esta enfermedad.

PREVENCIÓN

Capacitar al personal médico de primer contacto de la secretaría de salud en relación a la importancia que tiene la prevención del cáncer de mama en virtud de ser la neoplasia que está ocupando el primer lugar en morbilidad en mujeres cada día más jóvenes.

Promover que los consultorios médicos de la Secretaría de Salud, cuenten con la Norma Oficial Mexicana 041.

Promover en toda mujer de 25 años y más, la autoexploración de la glándula mamaria.

Identificar factores de riesgo de cáncer de mama en toda mujer que acuda a consulta a partir de los 25 años de edad

En mujeres con factores de riesgo para cáncer de mama, otorgar orientación sobre el padecimiento.

En mujeres con factores de riesgo, realizar ultrasonido mamario, a partir de los 25 años de edad.

Implementar en el plan de estudios de la carrera de medicina la materia de oncología.

EVALUACIÓN

La evaluación de impacto calcula el cambio en el bienestar de los individuos que puede ser atribuido a un programa o política en particular. Esta evaluación es útil dado que contribuye a mejorar la efectividad de los programas sociales al identificar si la meta esperada es alcanzada debido a la presencia del programa en sí o a otras variables, si existen efectos no esperados y si los beneficios compensan el costo del programa.

Se considera evaluar el impacto de la estrategia de prevención al año de haberla implementado en la Secretaría de Salud, esperando que los índices de morbilidad de cáncer de mama disminuyan en las mujeres mayores de 25 años de edad, en donde se generen cambios en sus estilos de vida.

REFERENCIAS

- Álvarez, A, R. (2008). Salud pública y medicina preventiva. (Sexta Reimpresión). México: Ed. Manual Moderno.
- Bland, K. Copeland III. (2012). Historia del tratamiento de cáncer de mama. 4^a. Edición. México: Ed. Panamericana.
- Bland, K. Copeland, E. (2007). La mama manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas (3^a edición). Argentina: Ed. Panamericana.
- Briones, G. (2002). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales, programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. México: Ed. Trillas. Cárdenas, S, J. (2013). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Colima: Ed. Elsevier.
- Coll, C. (2008). Ayudar a aprender en contextos educativos: el ejercicio de la influencia educativa y el análisis de la enseñanza. Barcelona España: Ed. Universidad de Barcelona.
- Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. (2013). Colima.
- Consenso Nacional sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. (2011). Colima.
- Cordera, R. et.al. (2010). Las determinantes sociales de la salud en México. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Creswell, J. W. (2003). Diseño de investigación. Enfoques cualitativos, cuantitativos y métodos mixtos 2^a, edición. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cruz, H, J. Rodríguez, S, C. y Barco, M, E. (2012). Oncología clínica. (5^a edición). México: Ed. Aula Médica.
- De la Fuente, R. (2004). Psicología Médica. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- De Vita, V. et. Al. (2000). Principios y práctica de oncología epidemiológica del cáncer. 5^a. Edición. México: Ed. Panamericana.
- Delors, Jacques. (1998). La Educación Encierra un Tesoro. UNESCO. Ed. Santillana.

- Díaz, B. F. (2006). Enseñanza situada: Vínculo entre la escuela y la vida. México: Ed. Mc Graw Hill.
- Díaz, B. F. Hernández, R. G. (2010). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo una interpretación constructivista (décima edición). México: Ed. McGraw Hill.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (2009). México. Edit. Salvat.
- Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta. México: Ed. Trillas.
- Fermoso, E. (2009). Teoría de la educación. México: Ed. Trillas.
- Fernández, M,N. (2011). Instrumentos de evaluación en la investigación educativa. México: Ed. Trillas.
- Flores, M, H. (2004). Creatividad y educación. México. D.F: Ed. Alfaomega.
- Fonseca, C. (2001). Cambios mágicos con PNL: Cómo invitar a tu vida los cambios que realmente necesitas. México: Ed. Pax.
- Foster, C. et. al. (2011). Manual Washington de Terapéutica Médica. (33^a edición). España: Ed. Gea.
- Freire P. (2004). Pedagogía da autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa.
- Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Uruguay: Ed. Siglo XXI
- Frenk, G, P. Gómez, D, L. et al. (2007). Reforma integral para mejorar el sistema de salud en México. Vol. 49. México: Interamericana.
- Ganong, W. (2014). Fisiología médica. (24^a edición). México: Manual Moderno.
- García, F. R. (1999). Medicina nuclear en la clínica oncológica. México: Ed. McGraw- Hill.
- García, F. et.al. (2007). Educación para la salud. 1^a. Edición. México: Ed. Santillana.
- García, M. y Esquivel, C. (2010). Ética, bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gilroy, A. Macpherson, B. y Ross, L. (2012). Atlas de Anatomía. Madrid, España: Medica Panamericana.
- Goldmand. (2014). Medicina interna de Cecil: Oncología médica. México: Ed. Elsevier.
- Gómez, G. (2007). Desarrollo psicológico y aprendizaje. México: Ed. Trillas.
- Gómez, I. (2005). Enseñanza y aprendizaje. Cuadernos de pedagogía. No. 250.
- González, B, M. (2007). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. México: Ed. Panamericana.
- González, F. (2011). El pensamiento de Vigotsky: Contradicciones, desdoblamiento y desarrollo. México: Ed. Trillas.
- González, O,V. (2001). Estrategias de enseñanza y aprendizaje. México: Ed. Pax.
- Granados, G, M. (2013). Oncología y cirugía. México: Ed. Manual moderno.
- Guía para elaborar trabajos Académicos y de Investigación. (2011). Universidad Durango Campus Morelia. México.
- Harrison. (2012). Medicina interna: Manejo del paciente oncológico. México: Ed. MacGraw Hill.
- Hernán, S, M.(2010). Salud y enfermedad. México: Ed. La Prensa Médica.
- Hernández, A, M. (2009). Epidemiología: Diseño y análisis de estudios. México: Ed. Panamericana.

- Hernández, B.F. (2001). Desarrollo estratégico para la investigación científica. México: Eumed.net.
- Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. México: Ed. McGraw Hill.
- Hernández, S. et. al. (2007). Fundamentos de Metodología de la investigación. México: Ed. McGrawHill.
- Hernández, S. et.al. (2006). Metodología de la investigación. México: Mc.Graw Hill.
- Hernández, S. et.al. (2010). Metodología de la investigación. (4^a edición). México: McGraw Hill.
- Hilgard. E. (1967). Teorías del aprendizaje. México: FCE.
- Jinich, H. et. Al. (2013). Síntomas y signos cardinales de la enfermedad. México: Ed. Manual Moderno.
- Latarjet, M. Liard, A. (2012). Anatomía humana (4^a edición). Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Ley General de Salud, (2007). México: Secretaría de Salud.
- Manso, S, L. (2015). Urgencias Oncologías. México: Ed. Ergon.
- Mares, A. (2004). Tratamiento primario para el cáncer de mama temprano. Revista de especialidad Médico-Quirúrgica, septiembre-diciembre, año/vol.9 número 0003 ISSSTE. México.
- Marie, K, F. López, L. et al. (2007). Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. México: Ed. Interamericana.
- Martínez, M. et.al. (2009). Políticas públicas para la detección de cáncer de mama en el siglo XXI, México: Salud Pública de México, vol.51, núm. 2, Cuernavaca: Ed. Instituto de Salud Pública.
- Medina, H. (2013). Oncología clínica: Manual para médicos no oncólogos. México: Ed. Pydesa.
- Mendoza, A, D. (2011). Guía para elaborar trabajos académicos y de investigación. Universidad de Durango, Campus Morelia. México.
- Mondragón, C, H. (2009). Obstetricia básica. (5^a. edición). México: Ed. Trillas.
- Monereo, C., Castellón, M., Clariana, M, Palma, M. (2012). Estrategias de enseñanza y aprendizaje: formación del profesorado y aplicación en la escuela. Barcelona, España: Ed. Grao.
- Moore, K. Persaud, T. Torchia, M. (2013). Embriología clínica. Barcelona, España: Ed. Elsevier Saunders.
- Munuera, N, J. et.al. (2004). Psicología para ciencias de la salud. España: Ed. MacGraw Hill. Murray, R. Mayes, P. et. Al. (2014). Bioquímica de Harper. (28^a edición). México: Manual Moderno.
- Nigenda G, Caballero, M. González, LM. (2009). Proceso social de cáncer de mama en México. México: Interamericana.
- Norma Oficial Mexicana 041SSA (2011). Prevención, diagnóstico, tratamiento y control estableciendo una apegada vigilancia epidemiológica del cáncer.
- Parker, C, A. et.al. (2007). Anatomía y fisiología. México: Ed. MacGraw Hill.
- Plancarte, S, R. (2006). Medicina perioperatoria en el paciente con cáncer. México: Ed. Manual Moderno.
- Porter, R. Kaplan, J. (2014). El Manual Merck: Cáncer de mama. México: Ed. Interamericana.
- Querci, G. Warren, R. Benson, J. (2014). Cáncer de mama. Madrid, España: Ed. Marbán Libros.
- Quiroz, G, F. (2009). Anatomía humana. México: Ed. Porrúa.
- Rev. Cubana de higiene y epidemiología. (2011). Vol. 49, no.3. Cuidad de la Habana.

Sánchez, B, C. et.al. (2010) Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. (segunda edición). México: Ed. Manual Moderno.

Sánchez, C. et. al. (2010). Aspectos Históricos del Cáncer de Mama. 2^a. Edición. México: Ed. Alfil.

Sandín, M. (2013). Investigación cualitativa en educación, fundamentos y tradiciones. España: Ed. McGraw Hill.

Skeel, R, T. Khrief, S, N. (2012). Manual de quimioterapia del cáncer. México: Ed. Lippincott.

Suárez, D, R. (2002). La educación: Estrategias de enseñanza y aprendizaje, teorías educativas. México: Ed. Trillas.

Tapia, C, R. (2006). El Manual de Salud Pública. (Segunda edición). México: Ed. Intersistemas. Tendencias contemporáneas en educación. (2013). Unidades UPN Michoacán, de la Universidad Pedagógica Nacional.

Vara, S, E. et.al. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México 1980-2009. México: Ed. Instituto Nacional de Salud Pública.

Verástegui, A, E. et al. (2013). Calidad de Muerte en México. Ed. Instituto Nacional de Cancerología y Comité de Ética en Investigación.