

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS-LEÓN**



TESIS

para optar al título de

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Auto Examen de Mamas de Mujeres entre 20-54 años que acuden a los Centros de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

Autores: Jorge González Sampson
Aura Rosa Castillo Zamora

Tutor: Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública

León, agosto de 2011

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas (AEM) en las mujeres entre 20-54 años que acuden a los centros de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

El estudio fue de corte transversal, a través de una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas. La población total en ambos centros de salud fue de 6,405 mujeres entre 20-54 años (29% Santa Rosa del Peñón y 71% Territorio Mántica Berio). La muestra total fue de 155 (45 de Santa Rosa del Peñón y 110 León).

La mayoría de mujeres tenían entre 20-34 años de edad, casadas/acompañadas, y católicas. Pero, la baja escolaridad y desempleo fue mayor en Santa Rosa del Peñón, mientras que el antecedente familiar de cáncer de mama fue mayor en León. Casi la mitad de mujeres manifestaron haber recibido información sobre el AEM, principalmente del personal de salud del MINSA. El conocimiento sobre el AEM fue considerado como regular o malo en dos terceras partes y las actitudes fueron similares en ambos centros de salud. Aunque el 46% dijo haberse realizado el AEM en alguna ocasión, su práctica fue inadecuada en la mayoría de ellas.

Se recomienda diseminar los resultados de este estudio y promover la realización del autoexamen de mamas, así como evaluar el impacto de las estrategias de intervención.

Palabras claves: cáncer de mama, tamizaje, auto examen de mama, atención primaria.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	5
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Marco teórico	8
Materiales y métodos	20
Resultados	24
Discusión	26
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Referencias	30
Anexos	33
Ficha de recolección de datos	
Cuadros	
Siglas	

SIGLAS

ACS: Sociedad Americana del Cáncer.

ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.

AEM: Autoexamen de mama.

CAP: Capacidades, actitudes y prácticas.

CDIS: Carcinoma Ductal In situ.

CLIS: Carcinoma Lobulillar In situ.

CTFPHC: Canadian Task Force on Preventative Health Care.

ECM: Examen Clínico de mama.

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

MINSA: Ministerio de salud.

NCI: Instituto Nacional de Cáncer.

OMS: Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres en todo el mundo, y comprende entre el 16%-23% de todos los cánceres femeninos. Se estima que 519,000 mujeres murieron por cáncer de mama en el 2004, y aunque este cáncer se considera una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de todas las muertes por cáncer de mama se produce en los países en desarrollo.^{1,2} Su incidencia está aumentando en los países en desarrollo debido al aumento de la esperanza de vida, de la urbanización y la adopción de estilos de vida occidentales. Aunque parte de la reducción del riesgo se podría lograr con la prevención, estas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se desarrollan en países de ingresos bajos y medios, donde se le diagnostica cáncer de mama en etapas muy tardías. Por lo tanto, la detección temprana con el fin de mejorar los resultados del cáncer de mama y la supervivencia sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama.³⁻⁵

Las tasas de supervivencia del cáncer de mama varían mucho en todo el mundo, desde 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, alrededor del 60% en los países de ingresos medios y de 40% en los países de bajos ingresos.⁶ La baja tasa de supervivencia en los países menos desarrollados se explica principalmente por la falta de programas de detección precoz, lo que resulta en una alta proporción de mujeres con enfermedad en etapa tardía, así como por la falta de un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Las estrategias recomendadas de detección temprana para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y la detección mediante el examen clínico de los senos. La mamografía de cribado es muy costosa y se recomienda para los países con un sistema de salud que pueden costear un programa a largo plazo. Muchos países de bajos y medianos ingresos que se enfrentan a la doble carga de cáncer cervicouterino y de mama necesitan implementar intervenciones costo-efectivas y asequibles para hacer frente a estas enfermedades altamente prevenibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el control del cáncer de mama en el contexto de los programas nacionales de lucha contra el cáncer e integrado para la prevención y control de enfermedades no transmisibles.⁵⁻⁸

ANTECEDENTES

En una reciente publicación de Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Nicaragua el cáncer de cuello del útero fue la primera causa de muerte por neoplasia del sexo femenino, y en conjunto con el cáncer de mama representaron el 18% de las muertes notificadas por cáncer.⁹ En el departamento de León, Quintero (2001) realizó un estudio sobre: “Carcinoma infiltrante de mama en biopsias recibidas en departamento de patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA)” en período de enero a diciembre de 2000, estudió 36 pacientes y observó que la mitad eran menores de 50 años y había resistencia a la quimioterapia.¹⁰ En el hospital Bertha Calderón, Martínez (2005) estudió 55 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y encontró una tasa de letalidad fue de 16% y la persistencia de cáncer fue de 20%, con bajas tasas de sobrevivencia, estudio que tituló: “Sobrevivencia de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, 1998 - 2003. UNAN-Managua.”¹¹

Shur J.C.(2006) realizó un estudio sobre: “Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre el autoexamen de mamas (AEM) y mamografía como detección precoz de cáncer de mama en mujeres leonesas” entre 18-60 años (n=200). La mayoría eran jóvenes, amas de casa, con baja escolaridad y católicas. Tuvieron un bajo conocimiento y actitudes negativas hacia el autoexamen de mama. Solo 3 de las 200 mujeres se había realizado el autoexamen, pero ninguna lo hizo correctamente.¹²

Bonilla C.P. (2008) realizó otro estudio “CAP sobre el autoexamen de mama en mujeres atendidas en el servicio de Maternidad en el Hospital Fernando Vélez Páiz”. En un total de 100 mujeres, el 62% tuvo un conocimiento regular y 84% una actitud favorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 70% se realizaba el autoexamen de mama, pero la técnica fue mala en un 40.6%.¹³

Betanco U. (2009) realizó un estudio “CAP sobre el auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años que acudían al Centro de Salud María del Carmen Salmerón” de Chinandega, UNAN – León. La mayoría sabía que el cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo y que el auto

examen es útil, pero el conocimiento sobre la realización del autoexamen y de otros exámenes fue regular. Las actitudes hacia el auto examen de mamas fueron positivas, pero existen mitos y creencias negativas hacia el AEM. El 58% se había realizado el auto examen de mamas, 55% lo hacía en la frecuencia correcta, 41% lo hacía en la posición correcta, y la calidad fue buena en el 57%. Las principales razones para no realizárselos fueron: no saber la técnica, descuido y temor a detectar cáncer.¹⁴

Castillo y Lanuza (2011) realizaron un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre el autoexamen de mamas en mujeres entre 20-54 años que asistían al centro de salud San Nicolás, Estelí, (n=108). La mayoría eran jóvenes y con baja escolaridad, sin ocupación remunerada, alta paridad y 8% tenía antecedentes familiares de cáncer de mama. El personal de salud fue la principal fuente de información. El auto examen, examen clínico, toma de biopsia y mamografía se realizó en 62%, 41%, 3% y 1%, respectivamente. Aunque un alto porcentaje tenía buenos conocimientos y actitudes hacia el auto examen de mama, su práctica fue deficiente en la mayoría. Las principales razones para no realizarse el auto examen de mama fueron: descuido, desconocimiento, pereza o no tener ganas, desconocimiento de la técnica, no tener problemas en las mamas y temor a encontrar alguna enfermedad.¹⁵

Grunfeld et al. (2002) estudiaron 1,830 mujeres británicas y las de mayor edad tuvieron menos capacidad para identificar los síntomas de cáncer de mama y los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.¹⁶ Barcelos et al. (2003) realizó un estudio CAP en 663 mujeres en un municipio de Brasil, y el conocimiento y prácticas del autoexamen de mama de mujeres que acudieron a los centros de salud fue adecuado en 7.4% y 16.7%, respectivamente, pero las actitudes fueron adecuadas en 95.9%. La principal causa de no realizar el autoexamen de mama por olvido (58.1%).¹⁷ Okobia et al. (2006) encontraron que las mujeres en una comunidad de Nigeria tuvieron bajo conocimiento del cáncer de mama y pocas practicaba el autoexamen y examen clínico de mama. Por otro lado, encontraron que la educación fue el principal determinante del nivel de conocimiento y conducta de salud entre las participantes (n=214).¹⁸

Dündar et al. (2006) en un estudio de corte transversal en 244 mujeres rurales de Turquía, observaron que un incremento en la práctica del autoexamen de mama y las recomendaciones de

mamografía se pueden lograr a través de mejorar la conciencia sobre el cáncer de mama y la posibilidad de reducir sus barreras. Tres cuartas partes reportaron haber oído/leído sobre cáncer de mama, y la mayoría mencionó la televisión y el radio como su principales fuentes de información, solo una cuarta parte mencionó a profesionales de la salud.¹⁹ Webster y Austoker (2006) concluyeron que el conocimiento de las mujeres sobre el tamizaje de las mamas (n=640) fue variable y a veces incorrecto, especialmente en aquellas con menor educación formal.²⁰ Simi et al. (2009) realizó un estudio en mujeres entre 25-54 años en Shiraz, Irán, y casi la mitad no realizaban el AEM y la mitad de las que lo realizaban lo hacían incorrectamente. Aunque el nivel educativo no se relacionó con la realización del AEM, las principales razones para no realizarlo fueron la falta de conocimiento sobre la técnica y falta de creencia en su necesidad.²¹

Prendes et al. (1998)²² realizaron un estudio descriptivo en 3 consultorios del área del Policlínico "Santos Suárez" en el 1996 (n=600 mujeres mayores de 20 años). La incidencia de cáncer mamario fue del 3%. El 22,5% de las mujeres eran de alto riesgo de padecer el cáncer y el 83,3% de los cánceres mamarios se detectaron en mujeres con alto riesgo y más de 50 años. El 58,2 % de la muestra no conocía el autoexamen de mama y el 64% no lo practicaba; y 45,1 % de las mujeres nunca se le había realizado el examen clínico de las mamas.

Villacrés y Alarcón (2002)²³ estudiaron las conductas preventivas para el cáncer de mama en 100 mujeres mayores de 20 años en la Ciudad de Sullana. La mediana de la edad fue de 30-34 años, 58% tenían entre 2-5 hijos, 6% nulípara, 16% de mujeres mayores de 40 años alguna vez tuvo una mamografía y solo el 7% de estas mujeres se realizan una mamografía anual. El 57% nunca se realizó un autoexamen de mama, sin embargo el 56% refiere conocer la utilidad del autoexamen de mama, 43% conocen la técnica pero solo un 8% lo practica correctamente.

JUSTIFICACIÓN

La detección temprana es una estrategia de salud pública con el fin de mejorar los resultados del cáncer de mama en términos de morbilidad y supervivencia, y representa la piedra angular para el control del cáncer de mama.

En países con limitados recursos en salud, como Nicaragua, en donde no están disponibles los métodos recomendados en países desarrollados como la mamografía, el autoexamen de mamas constituye una estrategia muy útil, ya que además de identificar masas en sus senos de forma temprana, se ha determinado que empodera a las mujeres, teniendo la responsabilidad de su propia salud. Por lo tanto, este método de tamizaje se recomienda para crear conciencia entre las mujeres en situación de riesgo y no como un método de cribado simplemente.

Diversos estudios nacionales e internacionales sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas demuestran serias deficiencias en estos dominios. Por lo tanto, con los resultados de este estudio se podría contribuir a mejorar las deficiencias en conocimientos y las técnicas para realizar el autoexamen de mamas en las mujeres usuarias de los dos centros de salud bajo estudio, contribuyendo así a reducir la carga del cáncer de mamas a través de su detección precoz y tratamiento oportuno. Este esfuerzo es consistente con el Plan Nacional de Salud 2004-2015,²⁴ en donde se documenta que en Nicaragua la mortalidad por cáncer entre las mujeres jóvenes, se debe en el 45% de los casos, al cáncer cérvico uterino y en el 53% al cáncer de mamas. Además, señala que las acciones desarrolladas hasta momento han sido insuficientes y se ha dado respuesta más al daño que a la prevención, y es por eso que aún con las limitaciones del sector salud, se deben implementar acciones preventivas para la detección oportuna de los principales tipos de cáncer que afectan a la población nicaragüense.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas de las mujeres entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas en las mujeres entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mantica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.
2. Determinar el nivel de conocimiento y actitudes hacia el auto examen de mama.
3. Evaluar las prácticas en el auto examen de mama.

MARCO TEORICO

Definición

El cáncer de mama es una proliferación de células malignas que se implantan en el tejido del seno, especialmente en la unidad terminal ductal-lobular. El término "cáncer de mama" representa un continuo de la enfermedad, que va desde carcinoma no invasivo hasta invasivo. Las técnicas de detección pueden identificar cualquier tipo de entidades de la enfermedad, así como las lesiones no cancerosas, tales como los quistes mamarios benignos.²⁵

El carcinoma invasivo consiste en la proliferación epitelial limitado a cualquiera de los conductos mamarios, al igual que al carcinoma ductal in situ (CDIS), o el lóbulo, al igual que el carcinoma lobulillar in situ (CLIS). El carcinoma lobulillar in situ no se considera una lesión precursora de carcinoma lobular invasivo, pero se cree que es un marcador de mayor riesgo del cáncer de mama invasivo ductal o lobulillar para el desarrollo del cáncer. Sin embargo, el CDIS se piensa que es una lesión precursora del carcinoma ductal invasivo. El carcinoma ductal in situ consiste en un grupo heterogéneo de lesiones con diferentes comportamientos clínicos y las características patológicas. Los subtipos comunes de carcinoma ductal in situ incluyen cribiforme, comedón, micropapilar, papilar, y sólido.²⁵

A diferencia de las lesiones no invasivas, el cáncer invasivo de mama invade la membrana basal en el estroma adyacente, y por lo tanto, tienen un potencial metastásico. Los sitios más comunes de metástasis incluyen los ganglios linfáticos adyacentes, pulmón, cerebro y hueso. Aproximadamente el 70-80% del cáncer de mama invasivo son invasivos o carcinoma ductal infiltrante y aproximadamente el 10% son cáncer invasores lobulares. Algunos subtipos histológicos otros menos comunes de cáncer de mama invasivo incluyen apocrinas, medular, metaplasia, mucinoso, papilar, y tubular.²⁵

Prevalencia y la carga de la enfermedad

El cáncer de mama es el cáncer no cutáneo más frecuentemente diagnosticado y la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer de pulmón entre las mujeres en los Estados Unidos. En 2008, se estimaron 182,460 casos de cáncer de mama invasivos y 67,770 casos no invasivos y 40,480 defunciones por cáncer de mama en mujeres.²⁵

La incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad. Sobre la base de Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) durante el 2002-2004, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) estima que el 14.7% de las mujeres nacidas en los Estados Unidos desarrollarán cáncer de mama, 12.3% con cáncer invasivo. La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer de mama a los cuarenta años es de 1 en 69, a los cincuenta años 1 de cada 38, y a los sesenta años 1 en 27. Aunque la tasa de incidencia de cáncer de mama ha aumentado desde la década de 1970 y 1980. Datos recientes sugieren que puede haberse estabilizado entre 2001-2003. En general, la tasa de incidencia disminuyó en un 6.7% entre 2002-2003, de 137.3 a 124.2 por 100,000. Las tasas de incidencia ajustadas por edad también disminuyeron cada año durante 1999-2003. Esta tendencia puede atribuirse a la interrupción de la terapia hormonal de la menopausia.²⁵

La mortalidad del cáncer de mama ha disminuido desde 1990 a una tasa del 2.3% al año. Las mujeres entre 40-50 años de edad tuvieron un descenso de la mortalidad por cáncer de mama de 3.3% por año. Una evaluación de tendencias de la mortalidad entre 1990 y 2000 de 7 estudios atribuye 28% a 65% de la disminución de cribado mamográfico, mientras que el resto de la disminución se debió a adyuvante mejoría de los tratamientos.²⁵

Etiología y de Historia Natural

La etiología del cáncer de mama sigue siendo en gran parte desconocida, aunque se cree que el desarrollo de cáncer de mama se debe a las aberraciones en la regulación del ciclo celular. La investigación actual se centra en aclarar el papel de ambas mutaciones heredadas y adquiridas en oncogenes y genes supresores de tumores y las consecuencias que estas mutaciones pueden tener sobre el ciclo celular, así como la investigación de diversos pronósticos de marcadores biológicos. La contribución de las influencias externas, como exposiciones del medio ambiente, pueden tener sobre los genes reguladores no está claro. En la actualidad, no solo del medio

ambiente o la exposición dietética se ha encontrado para causar una mutación genética específica que causa el cáncer de mama. La exposición de por vida tanto a las hormonas endógenas y exógenas ha formulado la hipótesis del papel que desempeñan estos factores en la formación y crecimiento de tumores. Otras causas potenciales de cáncer de mama incluyen la inflamación y carcinogenesis mediada por virus.²⁵

La importancia del CDIS como una lesión precursora es clara. Con el uso generalizado de detección mamografía en los Estados Unidos, casi el 90% de los casos de CDIS son diagnosticados sólo en estudios de imagen, más comúnmente por la presencia de microcalcificaciones. Estos representan aproximadamente el 23% de los casos de cáncer de mama (sin incluir CLIS). A pesar de que es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo, su historia natural es poco conocida.²⁵

Si CDIS es un precursor obligado para carcinoma ductal infiltrante, o si ambas entidades se derivan de una línea común de células progenitoras no está claro. Si bien algunas evidencias sugieren que el CDIS y el carcinoma ductal invasor pueden diferir de las células progenitoras comunes, evidencia indirecta apoya la teoría de progresión lineal a través de las etapas, desde la hiperplasia atípica a carcinoma ductal in situ a cáncer invasor. Más evidencia apoya un híbrido de estas dos teorías. A través de una acumulación de cambios genéticos, la hiperplasia atípica progresa a carcinoma ductal in situ de bajo grado, seguido por el carcinoma ductal in situ de alto grado, y desde cualquier punto de esta progresión, el paso a cáncer invasivo ocurre. De acuerdo con los tres teorías hay evidencia de estudios en los que coexiste con carcinoma ductal in situ con cáncer invasor adyacente en muestras de patología, así como estudios que muestran que al menos el 50% de las recidivas locales después del tratamiento para el CDIS son cánceres invasivos. En ambos casos, el CDIS y el cáncer de mama ductal invasivo con frecuencia comparten características morfológicas y moleculares, incluyendo el grado y estado de los receptores de estrógeno y oncogén HER2/neu.²⁵

Factores de Riesgo

Aunque varios factores de riesgo han sido asociados con cáncer de mama, la mayoría de los casos ocurren en mujeres sin factores de riesgo específicos que no sean el sexo y la edad. Los antecedentes familiares de cáncer de mama y de ovario son fuertes determinantes de riesgo, sin embargo, el número de familiares, la cercanía del grado de relaciones, y las edades de diagnóstico de los familiares afectados son también contribuyentes. Por ejemplo, dos o más familiares con cáncer de mama o de ovario, un familiar con cáncer de mama y ovario, y un familiar diagnosticado con 50 años de edad o menos, todos estos factores aumentan sustancialmente el riesgo. Las mutaciones hereditarias en los genes supresores de tumores BRCA1 y BRCA2 incrementan el riesgo individual de cáncer de mama 60-85% y puede ser identificado en el 5-10% de todos los casos de cáncer de mama.²⁵

Los antecedentes personales de cáncer no invasivo de mama o biopsia previa anormal conteniendo CLIS o hiperplasia ductal o lobulillar aumentan el riesgo de cáncer de mama invasivo. La amplia densidad mamográfica mamaria se asocia también con un mayor riesgo de cáncer de mama. La exposición endógena de estrógeno se asocia con un mayor riesgo; por lo que la menarquia temprana, menopausia tardía, la nuliparidad y la obesidad están implicados como factores de riesgo. El uso de la combinación de terapia hormonal posmenopáusica (estrógeno y progestina) se asoció con un aumento del riesgo relativo de cáncer de mama en comparación con el placebo en un ensayo aleatorizado controlado en la Women's Health Initiative (WHI)²⁵.

Se cree que las exposiciones ambientales aumentan el riesgo. Una historia de radioterapia en el pecho, como tratamiento para el linfoma de Hodgkin, aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Sin embargo, los enfoques actuales no pueden plantear esta misma magnitud de riesgo. El consumo de alcohol a niveles más de 1-2 bebidas por día también se asocia con aumentó de cáncer de mama.²⁵

Se han desarrollado modelos empíricos en un intento de predecir el riesgo de desarrollar cáncer en mujeres individualmente (por ejemplo, BRCA1, Gail, Claus, y Tyrer Cuzick). Todos estos modelos incorporan la edad y el número de familiares de primer grado con cáncer de mama en sus cálculos, pero varían en complejidad. Sin embargo, estos modelos han mostrado un mejor desempeño en la predicción de riesgo de la población que en la predicción del riesgo de un individuo y no está claro cómo aplicar estos modelos para screening.²⁵ En la tabla 1 se presentan las diferencias entre los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino y el de mama.

Tabla 1 Diferencias entre los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino y el cáncer de mama.^{26,27}

Factores	Cáncer Cuello Uterino	Cáncer de mama
Edad	joven	madura
Est. Social	bajo	alto
Estado Civil	casada	soltera/no hijos
Sexualidad	activa	pasiva
Paridad	riesgo	protección
Vivienda	promiscua	normal
Ingresos	bajos	altos
Dieta	deficiente	suficiente
Fenotipo	delgada	obesa
Detección	fácil	difícil
Costos	bajos	altos

Tamizaje

Definición²⁸

Tamizaje fue definido por la Comisión de los Estados Unidos sobre Enfermedades Crónicas (1957) como “la identificación presuntiva de una enfermedad no reconocida o detectada por la aplicación de pruebas, exámenes u otros procedimientos que pueden ser aplicados rápidamente.” Una prueba de tamizaje no está dirigida a ser diagnóstica. Más bien, un descubrimiento positivo que tendrá que ser confirmado por procedimientos diagnósticos especiales. Por definición, el tamizaje es ofrecido a aquellos en que no se sospecha que puedan tener una enfermedad.

Principios generales del tamizaje²⁸

- La enfermedad debería ser un problema de salud importante.
- La enfermedad debería tener una fase preclínica detectable.
- La historia natural de la condición debe ser conocida.
- La enfermedad debería ser tratable, y debería de haber un tratamiento reconocido para las lesiones identificadas después del tamizaje.
- La prueba de tamizaje debería ser aceptable y segura.

La práctica clínica actual

Detección (Tamizaje)

El cáncer de mama tiene una fase asintomática que se pueden identificar con la mamografía, la cual es sensible (77-95%), específica (94-97%), y aceptable para la mayoría mujeres. El cáncer de mama puede ser tratado más efectivamente en la fase temprana que cuando los signos y síntomas clínicos están presentes, lo que justifica los esfuerzos de detección temprana.²⁵

La American Cancer Society (ACS) recomienda la revisión de la imagen de resonancia magnética (RM) para determinados grupos de alto riesgo, incluidas las mujeres con mutaciones BRCA1 o BRCA2, las mujeres con más de 20% de riesgo de desarrollar cáncer de mama según la definición de modelos de predicción del riesgo basada en antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario, y las mujeres que han sido tratadas por linfoma de Hodgkin. El uso de la resonancia magnética para la detección en mujeres con riesgo promedio de desarrollar cáncer de mama no es recomendado.²⁵

La eficacia del examen clínico de mama (ECM) en la disminución de la mortalidad por cáncer de mama ha sido motivo de controversia. Este procedimiento es relativamente fácil y barato, y por lo tanto, una forma atractiva de detección. La sensibilidad de la ECM oscila de 40 a 69%, la especificidad de 88 a 99%, y el valor predictivo positivo del 4-50%, con la mamografía y el intervalo de cáncer como el criterio estándar.²⁵

Recomendaciones de detección de otros grupos

Mamografía

La mayoría de las organizaciones en los Estados Unidos apoyan el uso de la mamografía para el promedio de riesgo de mujeres de 40 años o más, sin embargo, las diferencias incluyen la edad de inicio recomendada para detección y el intervalo de cribado.²⁵

Examen clínico del seno o mama (ECM)

La ACS recomienda que las mujeres entre 20-39 años se realicen ECM cada 3 años, y anualmente después de los 40. El Instituto Nacional de Cáncer (NCI) muestra evidencia que el ECM reduce la mortalidad de cáncer de mama. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda que todas las mujeres tengan un ECM anualmente como parte del examen físico. La Canadian Task Force on Preventative Health Care (CTFPHC) recomienda el ECM para mujeres de 50 a 69 años y no hace ninguna recomendación a favor o en contra de ECM para mujeres entre 40 a 49 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda la evaluación por ECM, pero señala que debería ofrecerse a las mujeres que acuden a un centro de atención primaria de salud por otras razones médicas.²⁵

Autoexamen de los senos o mamas (AEM)

Desde 2001, varias organizaciones han cambiado sus recomendaciones sobre el AEM como una modalidad de detección rutinaria. La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) ha cambiado su recomendación para que la AEM sea un método de tamizaje opcional. El NCI indica que la enseñanza de la AEM no reduce la mortalidad del cáncer de mama. El CTFPHC ahora recomienda su uso otra vez, exponiendo que hay justa evidencia de ningún beneficio y buena evidencia de daño. La OMS recomienda que los programas nacionales contra el cáncer no deban recomendar el cribado por AEM. La AGOG informa que a pesar de la falta de pruebas definitivas a favor o en contra la AEM, todavía puede ser recomendada.²⁵

Tamizaje para el cáncer de mama

Las guías de la Sociedad Americana de Cáncer para la detección del cáncer de mama establecen que cada mujer debe apresurarse a practicarse el auto examen de mama cada mes desde la edad de 20 años, que las mujeres deberían tener un examen médico de mama cada 3 años desde los 20 años y cada año desde los 40 años de edad, y la mamografía debería realizarse cada 1-2 años desde los 40-49 años y cada año a partir de los 50 años. Sin embargo, en la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos no recomiendan el tamizaje con mamografía en las mujeres entre 40-49 años, y el Instituto Nacional del Cáncer, después de aceptar que la evidencia científica no confirma la eficacia del tamizaje en mujeres entre 40-49 años, revertió esa posición posteriormente a pesar de las recomendaciones por un consenso de la convención.²⁸

Medidas para el diagnóstico temprano²⁹

- Que toda mujer se haga periódicamente (1 vez al mes, al segundo o tercer día después de habersele finalizado el periodo), un autoexamen de la mama.
- Que toda mujer a partir de los 40 años de edad (para otros a partir de los 50 años) se haga un examen de mamografía periódicamente, según lo indique su médico.
- Que en mujeres menores de 40 años, frente a una tumoración, se haga el estudio respectivo con ecografía, biopsia mamaria, u otro procedimiento, según sea el criterio del médico, para descartar una tumoración maligna.
- Que toda mujer con los factores de riesgo arriba mencionados, cumpla aún con mayor obligación las tres medidas que anteceden.

Autoexamen de Seno (BSE por sus siglas en inglés)²⁹⁻³¹

Definición

Un autoexamen de seno es una exploración de los senos que se realiza uno mismo. Es una manera de darse cuenta de algún cambio, protuberancias o anormalidades en los senos. Es también una oportunidad para que se dé cuenta de lo que es normal en sus senos. La Sociedad Americana del Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) recomienda que todas las mujeres mayores de 20 años consulten con su médico acerca de los beneficios y limitaciones del autoexamen de seno. Una mujer que se encuentra entre los 20 y los 39 años de edad debe realizarse un examen clínico de seno cada tres años.

Después de los 40 años de edad, una mujer debe hacerse exámenes de seno y mamogramas de revisión cada año. Si la paciente y su médico deciden hacerse autoexámenes de seno por su cuenta, esta es la mejor manera de hacerlo: Hacerse el autoexamen mensualmente, de dos a tres días después de que termine su periodo menstrual. Si usted no tiene periodos regulares, escoja un día que le sea fácil de recordar (por ejemplo el primer día del mes) para realizarse sus autoexámenes.

Pasos para un Autoexamen de Seno

Un autoexamen de seno implica ambas partes, una estando de pie y la otra recostada. Es importante que se haga los dos exámenes.

Examinación de Pie

1. Párese enfrente de un espejo para que de esa forma pueda ver sus dos senos claramente. Revise ambos senos en busca de algo fuera de lo común. Revise la piel en busca de arrugas, hoyuelos o escamas. Vea si hay secreción en los pezones.
2. Mientras se observa con cuidado en el espejo, sujete sus manos detrás de la cabeza y presione sus codos hacia adelante. Observe si hay algún cambio en la forma o contorno de los senos.
3. Presione firmemente sus manos en las caderas e inclínese ligeramente hacia el espejo mientras jala sus hombros y sus codos hacia atrás. Observe si hay algún cambio en la forma o contorno de los senos.
4. Apriete cada pezón suavemente y vea si hay secreción en los pezones.
5. Levante su brazo derecho. Use las yemas de los dedos de su mano izquierda para revisar el seno derecho y el área circundante de una manera firme, cuidadosa y detallada. Tal vez quiera utilizar loción o talco para ayudar a que sus dedos se deslicen fácilmente sobre la piel. Sienta si hay algún bulto o protuberancia bajo la piel.
6. Sienta el tejido oprimiendo sus dedos en pequeñas áreas del tamaño de una moneda. Para asegurarse de cubrir todo el seno, tómese su tiempo, y siga un patrón definido, como líneas verticales, un círculo continuo o un patrón cuneiforme.
7. Revise la parte superior externa del seno derecho y también la axila derecha.
8. Repita el procedimiento en su seno izquierdo utilizando las yemas de los dedos de la mano derecha.

Examinación Recostada

1. Acuéstese con una almohada bajo su hombro derecho y ponga su brazo izquierdo atrás de la cabeza.
2. Use las yemas de los tres dedos medios de la mano izquierda para sentir si hay bultos en el seno derecho.
3. Presione lo suficientemente fuerte para saber cómo se siente su seno. Es normal sentir una carnosidad dura en la curva de la parte de abajo de cada seno.
4. Mueva el seno en un círculo continuo, líneas verticales o un patrón cuneiforme. Asegúrese de hacerlo de la misma forma cada mes. Revise por completo el seno.
5. Repita el procedimiento en el seno izquierdo utilizando las yemas de los dedos de la mano derecha.
6. Si usted nota algún cambio, protuberancias u otras anomalías, asista de inmediato con su médico.

Encuesta CAP (conocimientos, actitudes y prácticas)

Es una encuesta formal, utilizando entrevistas personales cara a cara, en la que se realizan preguntas estandarizadas pre-probadas sobre conocimiento de, actitudes hacia, y prácticas de algún método o acción, como por ejemplo el autoexamen de mama. El análisis de las respuestas proporciona mucha información útil sobre el autoexamen de mama y da un estimado de las posibles tendencias futuras en estas prácticas en la población. El término a veces se ha utilizado para describir otras variedades de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (por ejemplo, promoción de la salud en general o, en particular, fumar cigarrillos).³² Estas encuestas están destinadas a medir conocimientos, actitudes y prácticas. En estos estudios se entiende por conocimiento la captación cognitiva y la comprensión de un hecho o de un hallazgo clínico o de la investigación comúnmente aceptado. Al hablar de prácticas se hace referencia al comportamiento o características de comportamiento del individuo. Por otra parte, el término *actitud* se refiere a uno de los conceptos centrales de la psicología social. La actitud social es “una disposición a responder favorablemente o desfavorablemente a un objeto, persona, institución o acontecimiento”. Las actitudes hacen referencia, por definición, a algo específico e identificable.³³

El principal uso de las encuestas CAP, es para el diseño de intervenciones educativas que logren que los sujetos adopten comportamientos de autocuidado, por lo que la difusión de sus resultados debería compartirse entre todos aquellos organismos (Gubernamentales, no gubernamentales, académicos, etc.) involucrados en el mejoramiento de salud de la población. Por lo tanto, este abordaje es fundamental para ser aplicado en el diagnóstico de los conocimientos de las mujeres sobre el autoexamen de mama y cáncer de mama.

Conocimiento

Como primera instancia, se podría argumentar que el conocimiento humano es la tenencia de información precisa o justifica la comprensión y las creencias sobre el universo y cualquier cosa o una idea o concepto que reside dentro de ella. Esto incluye la comprensión de los fenómenos materiales y no materiales, las características de estos fenómenos, y las relaciones entre estos. Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada del conocimiento. Otros refieren que el conocimiento es el mantenimiento de información precisa o entendimientos y creencias razonables sobre el universo y cualquier cosa, idea o concepto que se encuentra dentro de ese conocimiento. Esto incluye la comprensión de fenómenos materiales y no materiales, las características de estos fenómenos, y las relaciones entre ellos. Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada de conocimiento.³³

Actitud:

Estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un flujo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.³³ También se consideran reacciones evaluativas o disposiciones favorables o desfavorables hacia una situación, persona, o grupo, expresado como la creencia de uno, sentimientos, o conducta.

La actitud que una persona toma hacia la hipertensión o planificación familiar, por ejemplo, podría influenciar la intención de la conducta con respecto al problema. Ejemplo: “Prefiero usar condones durante relaciones sexuales con extraños”. Debido a que las actitudes pueden ser positivas o negativas, ya que ayudan a la gente a cambiar de actitudes, es muy importante para ayudar a cambiar la conducta de las personas.³⁴⁻³⁵

Práctica:

Práctica es perteneciente o relativo a la práctica. Se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. Que comporta utilidad o produce provecho material inmediato.³⁵ El comportamiento está determinado por la práctica, conducta, reacciones, es decir todo lo que acontece el individuo y de lo que él participe, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida por una situación común.³⁴

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un **estudio** de corte transversal, a través de una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas. **Las áreas de estudio** fueron los centros de salud Enrique Mántica Berio de León y el centro de salud René Pulido de Santa Rosa del Peñón.

El municipio de Santa Rosa del Peñón, se localiza al norte del departamento de León, en la Región de Occidente del territorio nacional a 174 Km. de Managua. Es el segundo municipio de menor extensión del departamento de León, aunque se destaca entre los de la región del norte, como uno de los de mayor riqueza mineral. El municipio cuenta con un Centro de salud con cama y ocho puestos de salud, brindando atención a 9,529 habitantes, de los cuales 1,885 son mujeres entre 20-54 años de edad.³³ Para la atención cuenta con un personal de 2 médicos, 1 odontólogo, 1 enfermera, 8 auxiliares y 5 técnicos higiénicos.

El municipio de León está dividido administrativamente en tres territorios, uno de ellos, es el Territorio Mántica Berio, que está ubicado en la parte noroeste de León, limita al norte (Telica y Quezalguaque), al sur (Los barrios Sagrario, Calvario y Laborio (Perla María Norori), al este (Larreynaga) y al oeste (Sutiava). La red de servicios con que cuenta el territorio Mántica Berio para atender a la población asignada es de 10 unidades de salud (1 centro de salud tipo B y 9 puestos de salud tipo A (3 rurales). La extensión territorial de este sector es de 314 km., lo conforman 30 repartos urbanos y 33 comarcas rurales. El Territorio Mántica Berio tiene una población asignada mujeres en edad fértil es 5,158 y 4,520 mujeres entre 20-54 años de edad.

La **población** de estudio fueron todas las mujeres entre 20-54 años de procedencia urbana o rural que acudieron por cualquier causa a los centros de salud bajo estudio durante marzo-abril del 2011.

La **muestra** se basó en un nivel de confianza de 95%, una frecuencia de realización del autoexamen de mama 62%¹⁵ y una precisión de 10%. La muestra será de 89 mujeres en cada centro de salud. Esta muestra se ajustó con una probable tasa de rechazo de 10% ($100\%/90\%=1.11$; $89 \text{ por } 1.11=100$), obteniéndose una muestra final de 110 mujeres de Mántica

Berio y 45 mujeres de Santa Rosa del Peñón a cada centro de salud en mujeres entre 20-54 años de edad.

El **muestreo** se realizó por conveniencia, conforme acudieron las pacientes al centro de salud y de acuerdo al tiempo disponible por ambos investigadores.

Método de recolección de datos o de información:

Inicialmente se solicitó autorización a los directores de ambos centros de salud. Posteriormente se explicó el objetivo del estudio a la población meta (mujeres entre 20 y 54 a) que acudió a los centros de salud y si deseaban participar. La encuesta se aplicó al azar a las pacientes que fueron llegando a la consulta y en sala de espera.

Instrumento de recolección de datos:

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas en relación a datos generales, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas, diseñado previamente por Castillo y Lanuza.¹⁵

Procesamiento y análisis de los datos:

El software utilizado será SPSS versión 18.0. El análisis será descriptivo a través de frecuencia absoluta y porcentajes, así como medidas de centro y de dispersión como promedio, mediana y desviación estándar. Las actitudes se medirán a través de la escala de Likert.^{32,33}

Procesamiento de ‘CONOCIMIENTOS’

Se elaboró una escala de: 1-3, de 4-6, de 7-9 y de 10-13. Clasificándolos como: Inadecuado, Regular, Bueno y Muy bueno, respectivamente valorando así según el número de aciertos, el mayor conocimiento

Procesamiento de ‘ACTITUDES’ solo se tomaron en cuenta las actitudes positivas, solo se tomaron en cuenta las respuestas: de acuerdo y muy de acuerdo. Con estos parámetros se elaboró el cuadro de resultados

Procesamiento de ‘PRACTICAS’ se realizó en base a preguntas cerradas que nos sirvieron para valorar frecuencia y posición de la realización del examen. Y la abierta para valorar la técnica propiamente dicha.

Consideraciones éticas:

Se solicitará autorización a la dirección de ambos centros de salud y consentimiento informado verbal a las pacientes a entrevistar. Se garantizará el anonimato y la confidencialidad de la información. La información obtenida se usará para brindar recomendaciones que tiendan a

incrementar el auto cuidado de las mujeres a través del autoexamen de mama y mejorar sus conocimientos y actitudes hacia la detección y prevención del cáncer de mama.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA O VALOR
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	20-34 35 – 49 50-54
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado por la entrevistada. Se considerará bajo, primaria o menos; y alto, secundaria o mayor.	Bajo Alto
Procedencia	Lugar de residencia de las pacientes.	Rural Urbana
Ocupación	Actividad laboral remunerada o no que realiza la mujer.	Si No
Asegurada	Estado de afiliación al seguro social.	Si No
Estado civil	Condición social al momento de su entrevista.	Soltera Casada/acompañada
Religión	Religión que profesa la paciente al momento de la entrevista.	Católica Evangélica Otra Ninguna
Paridad	Números de parto que ha tenido la al momento de la entrevista.	Ninguna Una Dos y más
Antecedente familiar de cáncer		Si No
Parentesco	Parentesco del familiar que presentó cáncer de mama.	Se especificará.

Variables	Definición	Escala o Valor
Conocimiento	Grado de entendimiento sobre el autoexamen de mama corroborado en base a los parámetros de la encuesta del estudio. ^{34,35} El nivel de conocimiento se considerará inadecuado si las respuestas están por debajo del primer cuartil; regular, entre el primero y segundo cuartil; bueno, entre el segundo y tercer cuartil; y muy bueno, por encima del tercer cuartil.	Inadecuado Regular Bueno Muy bueno
Actitud	Es una tendencia a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable hacia un tópico específico, concepto u objeto. ³⁴ En este caso se refiere a la actitud de las mujeres estudiadas hacia el autoexamen de mama.	Adecuada Inadecuada
Prácticas	Toda práctica asumida sobre el auto examen de mama en determinadas circunstancias que sean recolectadas según referencia del encuestado. En este caso se orienta hacia la realización del autoexamen de mamas y/o de otros medios diagnósticos necesarios para la detección del cáncer de mama, de acuerdo a protocolos. ^{3,31,37}	Adecuada Inadecuada

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se estudiaron 155 mujeres entre 20-54 años de edad que acudieron a consulta en los centros de salud bajo estudio. La mayoría de pacientes de León y Santa Rosa del Peñón procedían de áreas urbanas (58%) y rurales (42%), respectivamente. En ambas áreas de estudio la mayoría de mujeres tenían entre 20-34 años de edad, casadas/acompañadas, y católicas. La baja escolaridad y el porcentaje de desempleo en Santa Rosa del Peñón fueron mayores que en León. Por otro lado, el porcentaje de antecedente familiar de cáncer de mama fue el doble en León (Cuadro 1). El promedio de edad en León fue de 34.3 ± 10.1 años y en Santa Rosa del Peñón de 33.7 ± 9.3 años, y la mediana de 32 y 34 años, respectivamente.

El porcentaje de mujeres que refirieron haber recibido información sobre el AEM fue mayor en Santa Rosa del Peñón que en León (56% vs. 49%). De los pacientes que recibieron información la mayoría en ambos centros de salud dijo haberla recibido por parte del personal de salud en un 100% y 80%, respectivamente, predominando el MINSA como el principal lugar en donde recibieron información (Cuadro 2).

En el cuadro 3 se presentan diversos ítems sobre conocimientos sobre el AEM. Los ítems en que hubo una tasa de respuestas correctas superior al 75% fueron: los propósitos del AEM, el conocimiento de otros exámenes para diagnosticar cáncer de mama y la importancia del diagnóstico precoz; entre el 50% y 74% de respuestas correctas figuraron lo que se espera encontrar en el AEM, quienes deben realizarse el examen, la utilidad del AEM para diagnosticar precozmente el cáncer de mama. Sin embargo, los ítems con menor porcentaje de respuestas correctas o de conocimientos fueron la frecuencia, el día, edad y posición en que se debe de realizar el AEM, así como los síntomas de cáncer de mama. Este comportamiento fue similar en ambos centros de salud (Cuadro 3).

El grado de conocimiento de las mujeres estudiadas sobre el AEM considerado como muy bueno fue mayor en Santa Rosa del Peñón, mientras que el grado de bueno fue mayor en León, sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Cuadro 4).

En el cuadro 5 se presentan solamente el porcentaje de las actitudes positivas hacia el AEM. Los ítems con mayor porcentaje fueron: realizarlo, le ayuda a detectar una enfermedad benigna o maligna. Por otro lado, los ítems con menor porcentaje fueron: la religión, amigos y los cónyuges influyen en la realización del AEM, temor a detectar enfermedad, y temor a desfiguración. Las actitudes fueron similares en ambos centros de salud.

Con respecto a las practicas solamente el 46% dijo haberse realizado el AEM en alguna ocasión, siendo mayor en Santa Rosa del Peñón que en León (56% vs. 42%). El 59% dijo haberse realizado el examen clínico de mama, siendo mayor en León (64% vs. 49%). Ninguna paciente manifestó haber sido diagnosticada con tumoración de mama, pero el 6% dijo haberse realizado mamografía y 3% biopsia. El porcentaje de mamografías fue mayor en León, pero el de biopsias en Santa Rosa del Peñón (Cuadro 6).

Las principales razones para no realizarse el AEM fueron: la creencia de no tener problemas en las mamas (20%), no saber como se hace (19%), temor a ser diagnosticado con cáncer de mama (10%) y descuido (105). Por otro lado, las principales razones para no realizarse el examen clínico de las mamas fueron: no tener problemas en las mamas (59%) y no debería (41%).

DISCUSION

Los principales hallazgos de este estudio revelan que la mayoría de las mujeres de Santa Rosa del Peñón y de León, son jóvenes, con baja escolaridad y desempleadas. También un porcentaje considerable tiene antecedente familiar de cáncer de mama. Un estudio similar realizado por Castillo y Lanuza en Estelí,¹⁵ revelo similares características demográficas y 8% tenía antecedentes familiares de cáncer de mama. Estos factores hacen más vulnerables a estas mujeres a identificar y aprovechar mensajes educativos para identificar problemas de salud, incluyendo el cáncer de mamas.

Por otro lado, solamente la mitad de mujeres manifestaron haber recibido información sobre el AEM, principalmente del personal de salud del MINSA, esto que significa que no se están haciendo los esfuerzos necesarios por parte de las unidades de salud para aumentar las actividades educativas en la prevención del cáncer de mama, y el limitado uso de los medios masivos de comunicación. Dünder en Turquía encontró que más de la mitad de las mujeres habían obtenido información sobre cáncer de mama principalmente de la radio y la televisión y solo una cuarta parte por el personal de salud.¹⁹ Otros autores concluyen que el conocimiento sobre el tamizaje de las mamas es variable y a veces incorrecto, principalmente en las mujeres con baja educación.²⁰

Dos terceras partes de las mujeres tenían conocimientos inadecuados o regulares sobre la realización del autoexamen de mama y aproximadamente una quinta parte de las mujeres que manifestaron realizarse este examen lo hicieron de forma adecuada. Esto revela una correlación entre conocimientos y calidad de la práctica del AEM, o sea que un pobre conocimiento en las técnicas de su realización se asocian a un bajo porcentaje de prácticas realizadas adecuadamente. Además, persisten actitudes negativas que dificultan la realización del AEM.

La práctica de AEM realizada en este estudio es similar a lo reportado por Simi et al. en Irán, en donde casi la mitad de las mujeres no se la realizaron y la mayoría lo realizaba incorrectamente. Estos autores también refieren que las principales razones para no realizar esta prueba fueron la falta de conocimientos sobre la técnica y la falta de creencias en su necesidad.²¹ Estos últimos hallazgos son similares a lo reportado en ambos centros de salud reportados en este estudio y a lo reportado por Betanco en unidades de salud de Chinandega.¹⁴

En el Hospital Fernando Vález Paiz, Bonilla (2008) encontró que 62% de las mujeres tenía un conocimiento regular el AEM (en este estudio fue de 51%), 84% actitudes favorables (similar también a este estudio), 70% se realizó la prueba (superior a lo reportado en este estudio), pero la técnica fue mala en su mayoría (similar a este estudio).¹²

Otros autores reportan alta incidencia de cáncer mamario en mujeres en mujeres que desconocían la técnica del AEM y con baja prácticas. También, encontraron un bajo porcentaje del examen clínico de mama,^{22,23} similar a lo encontrado en León y Santa Rosa del Peñón.

Los resultados negativos encontrados en este estudio deberían ser considerados por las autoridades de salud y de otros interesados en la planificación de estrategias para incrementar la detección oportuna del cáncer de mamas a través del autoexamen de mamas, asociadas a un proceso de evaluación de su impacto.

CONCLUSIONES

En ambas áreas de estudio la mayoría de mujeres tenían entre 20-34 años de edad, eran casadas/acompañadas, y católicas. Pero, la baja escolaridad y desempleo fue mayor en Santa Rosa del Peñón, mientras que el antecedente familiar de cáncer de mama fue mayor en León.

Solamente la mitad de mujeres manifestaron haber recibido información sobre el AEM, principalmente del personal de salud del MINSA.

El grado de conocimiento sobre el AEM considerado como muy bueno o bueno fue solamente de una tercera parte, mientras que en dos terceras partes se consideró regular o malo.

Las actitudes fueron similares en ambos centros de salud, y las actitudes positivas con mayor porcentaje fueron realizarse el AEM y la importancia de detectar una enfermedad benigna o maligna. Pero, se observaron algunos ítems con mayor porcentaje de actitudes negativas como la percepción de que el cáncer de mama siempre resulta en desfiguración, que el tratamiento empeora el estado del paciente, el tratamiento es mejor en jóvenes, y la influencia de otras personas y la religión para en la realización del AEM.

Aunque el 46% dijo haberse realizado el AEM en alguna ocasión, su práctica fue inadecuada en la mayoría de ellas.

RECOMENDACIONES

Diseminar los resultados de este estudio y promover la realización del autoexamen de mamas en mujeres de 20 años o más originarias de León y Santa Rosa del Peñón.

Evaluar el impacto de las estrategias de intervención recomendadas anteriormente, y considerar todas las debilidades que obstaculizan la práctica adecuada del AEM para retroalimentar los programas educativos y de promoción del AEM como una estrategia para la prevención del cáncer de mama en las mujeres.

Estimular la realización de estudios similares a este para identificar la coherencia entre los conocimientos, las actitudes y prácticas del AEM.

REFERENCES

1. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. 2008.
2. Yip CH et al. (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation. *Cancer*, 113, 2244–56.
3. Danaei G et al. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366, 1784–93.
4. Peto J. (2001). Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*, 411, 390–5.
5. Anderson B, et al. (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*, 113, 2221–43.
6. Coleman MP et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, 9, 730–56.
7. WHO (2007). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection*.
8. IARC (2002). *Breast cancer screening*, IARC handbooks for cancer prevention, volume 7, Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARCpress.
9. Pan American Health Organization. *Health Statistics from the Americas: 2006 edition*. Washington D.C.: PAHO. 2006.
10. Quintero Y. Carcinoma infiltrante de mama en biopsias recibidas en departamento de Patología del HEODRA, enero-diciembre 2000. León: UNAN-León. Tesis (Título de Especialista en Patología). 2001.
11. Martínez YN. Sobrevida de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, hospital Bertha Calderón Roque, 1998-2003. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Título de Ginecoobstetra). 2005.
12. Shur JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre auto-examen de mama y mamografía como detección precoz del cáncer de mama en mujeres leonesas. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2006.

13. Bonilla CP. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mama de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el mes de Diciembre del 2007". Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Gineco-Obstetricia). 2008.
14. Betanco U. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres de 20-54 años que acuden al centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2009.
15. Castillo A, Lanuza K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres entre 20-54 años que acuden al centro de salud San Nicolás, Estelí, durante 2010. León: UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía). 2011.
16. Grunfeld EA, et al. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *British Journal of Cancer* 2002; 86: 1373-1378.
17. Barcelos-Marinho LA, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centres. *Rev Saude Pública* 2003; 37 (5): 576-582.
18. Okobia MN, et al. Knowledge, attitude and practice of Nigeian women towards breast cancer: A cross-sectional study. *World Journal of Surgical Oncology* 2006; 4: 11:1-9.
19. DüNDAR PE, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006; 6: 1-9.
20. Webster P, Austoker J. Women's knowledge about breast cancer risk and their views of the purpose and implications of breast screening - a questionnaire survey. *Journal of Public Health* 2006; 28 (3): 197-202.
21. Simi A, et al. Knowledge and attitudes of breast self examination in a group of women in Shiraz, southern Iran. *Postgrad Med J* 2009; 85: 283-287.
22. Prendes m, Soler VC, y Morales W. Pesquisaje de cáncer de mama en la comunidad de Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(2):165-70.
23. Villacrés Vela K, Alarcón Rozas AE. Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en Mujeres de Sullana. (*Rev Med Hered* 2002; 13: 131-134).
24. Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua: MINSa. 2005.

25. Nelson HD et al. Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Review Update No. 74. AHRQ Publication No. 10-05142-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2009.
26. Sloan FA, Gelband H. Cancer control opportunities in low- and middle-income countries. Washington DC: The National Academies Press. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/11797.html>.
27. Forbes JF. Breast cancer. In Willims C, editors: Evidence-based oncology. London: BMJ Publishing Group 2003: 427-464.
28. Braveman PA, Tarimo E. Screening in primary health care: Setting priorities with limited resources. Geneva: World Health Organization. 1994.
29. Profamilia. Cáncer de mama. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/004_servicios/
30. Smith RA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening update. CA Cancer J Clin 2003; 53: 141-169.
31. Henerson ME, Lyons L, Taylor C. How to measure attitudes. Newbury Park, California: SAGE Publications. 1987.
32. Programa Mundial sobre el SIDA. Servicio de Investigación Social y Conductuales. Protocolo de Investigación: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relativas al SIDA/VIH (CACCP). Fase II. Organización Mundial de la Salud.
33. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. VIII Censo de Población y VI de Vivienda. Censo 2005. Volumen IV. Población: Municipios. Mangua: INEC.

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas de mujeres entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mantica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

No. Ficha _____

I. Características sociodemográficas:

1. Edad: _____
2. Estado civil: a) casada/acompañada b) Soltera
3. Escolaridad: a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universidad
4. Procedencia: a) Urbana b) Rural
5. Trabajo remunerado: a) Si b) No
6. Asegurada: a) Si b) No
7. Religión: a) Católica b) Evangélica c) Otra: _____ d) Ninguna
8. Número de partos: _____
9. Antecedentes familiares de cáncer de mama: a) Si b) No

II. Información sobre el autoexamen de mama:

10. Ha recibido información sobre el autoexamen de mama: a) Si b) No
Si responde No pase a la sección III de la encuesta; de lo contrario responda las siguientes preguntas
11. Tipo de información que recibió sobre el autoexamen de mama: _____

12. De que fuente recibió la información: a) Personal de salud b) Familiares c) Amigos
d) Radio e) Televisión f) Periódicos g) Libros h) Otros:

13. Lugar donde recibió la información: a) MINSA b) ONGs c) Otro: _____

III. Conocimientos sobre el autoexamen de mama:

14. ¿Para qué se realiza este examen? _____
15. ¿A los cuántos meses se debe realizar el examen? _____
16. ¿A los cuántos días después de la menstruación debe hacerse el examen?

17. ¿A que edad una mujer debe de empezar a realizarse este examen? _____
18. ¿Qué espera encontrar en el autoexamen? _____
19. ¿Qué enfermedad espera encontrar? _____
20. ¿Quiénes cree que deben realizarse el examen? a) Sólo MEF b) Toda las mujeres a partir de los 20
21. ¿En que posición se realiza el autoexamen? a) De pie b) Acostada c) Ambas

22. ¿Qué otros exámenes de mama conoce? a) Examen clínico de mama (por médico) b) Mamografía
23. ¿El autoexamen de mama es útil en el diagnóstico temprano de cáncer? a) Si b) No c) No sabe
24. El cáncer es curable cuando se detecta a tiempo: a) Si b) No c) No sabe
25. Conoce algunos síntomas del cáncer: a) Si b) No c) No sabe
26. Si respondió Si la anterior pregunta enumérelos: _____
-
27. ¿Es suficiente el autoexamen para diagnosticar cáncer de mama? a) Si b) No c) No sabe

IV. Actitudes con respecto al autoexamen de mama:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
28. Es bueno realizarlo.					
29. Le ayuda a detectar una enfermedad benigna o maligna.					
30. Le da temor encontrarse con alguna enfermedad.					
31. Es vergonzoso realizarse el autoexamen de mama.					
32. Es un beneficio para las mujeres.					
33. La madre influye para realizárselo.					
34. El marido influye para realizárselo.					
35. Las amigas influyen para realizárselo.					
36. El personal de salud influye para realizárselo.					
37. Es un pecado realizarlo.					
38. Si detecto algo anormal debo acudir al médico.					
39. El nivel escolar influye en la realización del autoexamen.					
40. La religión influye en la realización del autoexamen.					
41. Se me ponen los senos flojos.					
42. El tratamiento es mejor en jóvenes.					
43. El tratamiento de cáncer de mama hace sentir al paciente muy enfermo.					
44. El tratamiento es un proceso largo.					
45. El tratamiento ayuda con respecto a que avanzada esta la enfermedad.					
46. El cáncer de mama siempre resulta en algún tipo de desfiguración.					
47. La supervivencia sin tratamiento se reduce.					
48. Una mujer tratada por cáncer de mama puede disfrutar buena calidad de vida.					

V. Práctica

49. Se ha realizado el autoexamen de mama: a) Si b) No

50. Explique brevemente como se realiza el autoexamen de mama: _____

51. Frecuencia de la práctica del autoexamen de mama:

- a. Cada mes.
- b. Cada dos meses.
- c. De tres a cinco veces al año.
- d. Una vez al año.

52. En que posición se realiza el autoexamen de mama: a) De pie b) Acostada c) Ambas

53. Calidad de la práctica del autoexamen: a) Mala b) Regular c) Buena

54. Razones para no practicar el autoexamen de mama:

- a. No tengo problemas en las mamas.
- b. No pienso que debería.
- c. Solamente no tengo ganas de hacerlo.
- d. No creo que pueda encontrar algo.
- e. Temo ser encontrado positivo contra el cáncer.
- f. No se como se hace
- g. Se lo dejo a médicos y enfermeras.
- h. Descuido.
- i. No estoy embarazada.
- j. Pereza.
- k. No se.

55. Le han practicado un examen clínico de mama: a) Si b) No

56. Razones para no practicarse el examen clínico de mama:

- a. No tengo problemas en las mamas.
- b. No pienso que debería.
- c. No se.
- d. Otro: _____

57. Le han diagnosticado alguna tumoración en la mama: a) Si b) No c) No sabe

58. Le han realizado los siguientes exámenes en la mama:

- a. Biopsia
- b. Mamografía
- c. Ninguno

TABLAS

Cuadro 1 Características demográficas de mujeres entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

Características demográficas	León (n=110)	Santa Rosa del Peñón (n=45)	Total (n=155)	
			No.	%
Procedencia:*				
Urbano	58	18	72	47
Rural	42	82	83	53
Edad:				
20-34	53	53	82	53
35 – 49	37	38	58	37
50-54	10	9	15	10
Escolaridad:				
Bajo	35	51	62	40
Alto	65	49	93	60
Estado civil:				
Casada/acompañada	64	62	98	63
Soltera	36	38	57	37
Religión:				
Católica	63	80	105	68
Evangélica	25	18	36	23
Otra	3	2	4	3
Ninguna	9	0	10	6
Ocupación:				
Si	43	31	61	39
No	57	69	94	61
Asegurada:				
Si	20	20	31	20
No	80	80	124	80
Paridad:				
Ninguna	27	29	43	28
Una	14	7	18	12
Dos y más	69	64	94	60
Antecedente familiar de cáncer:				
Si	18	9	24	16
No	82	91	131	84

* Valor P < 0.05

Cuadro 2 Información sobre auto examen de mama entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

Variables	León (n=110)	Santa Rosa del Peñón (n=45)	Total (n=155)	
			No.	%
Recibió información sobre el auto examen de mama:				
Si	49	56	79	51
No	51	44	76	49
Fuente de la información:*				
Personal de salud	80	100	68	86
Familiares	13	8	9	11
Amigos	0	8	2	2
Radio	6	0	3	4
Televisión	20	8	13	16
Periódicos	9	0	5	6
Libros	15	8	10	13
Otros	4	8	4	5
Lugar de la información:*				
MINSA	75	100	75	82
ONG	2	0	1	1
Otro	35	12	22	28

* Porcentaje calculado en base al total de mujeres que recibieron información.

Cuadro 3 Conocimiento (%) sobre el auto examen de mama entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

Conocimientos sobre el autoexamen de mama:	León (n=110)	Santa Rosa del Peñón (n=45)	Total (n=155)
Propósitos del examen.	82	93	79
Frecuencia de realización.	10	29	16
A cuántos días de la menstruación debe hacerse el examen.	5	2	5
Edad en se debe de empezar a realizarse este examen.	17	38	23
Qué espera encontrar en el autoexamen.	68	58	65
Qué enfermedad espera encontrar.	60	47	56
Quiénes deben realizarse el examen.	66	76	69
Posición en que se realiza el autoexamen.	42	53	45
Conocimientos de otros exámenes de mama conoce.	83	64	78
Utilidad del autoexamen para el diagnóstico temprano de cáncer.	80	60	74
El cáncer es curable cuando si se detecta a tiempo.	81	82	81
Conoce algunos síntomas del cáncer	20	22	21
Es suficiente el AEM para diagnosticar el cáncer de mama.	46	47	46

Cuadro 4 Grado de conocimiento (%) sobre el auto examen de mama entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

Grado de conocimientos sobre el autoexamen de mama:	León (n=110)	Santa Rosa del Peñón (n=45)	Total (n=155)
Inadecuado	14	18	15
Regular	54	44	51
Bueno	31	27	30
Muy bueno	2	11	4

Cuadro 5 Actitudes positivas hacia el auto examen de mama entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, durante marzo-abril del 2011.

Actitudes	León (n=110)	Santa Rosa del Peñón (n=45)	Total (n=155)
Es bueno realizarlo.	93	93	93
Le ayuda a detectar una enfermedad benigna o maligna.	87	9	89
Le da temor encontrarse con alguna enfermedad.	18	29	21
Es vergonzoso realizarse el autoexamen de mama.	58	64	60
Es un beneficio para las mujeres.	81	79	80
La madre influye para realizárselo.	46	44	56
El marido influye para realizárselo.	29	24	28
Las amigas influyen para realizárselo.	33	33	33
El personal de salud influye para realizárselo.	71	69	70
Es un pecado realizarlo.	85	91	87
Si detecto algo anormal debo acudir al médico.	82	76	80
El nivel escolar influye en la realización del autoexamen.	37	69	46
La religión influye en la realización del autoexamen.	20	38	25
Se me ponen los senos flojos.	84	82	84
El tratamiento es mejor en jóvenes.	84	29	39
El tratamiento de cáncer de mama hace sentir al paciente muy enfermo.	43	56	46
El tratamiento es un proceso largo.	58	64	60
El tratamiento ayuda con respecto a que avanzada esta la enfermedad.	70	71	70
El cáncer de mama siempre resulta en algún tipo de desfiguración.	45	36	43
La supervivencia sin tratamiento se reduce.	60	78	65
Una mujer tratada por cáncer de mama puede disfrutar buena calidad de vida.	80	84	81

Cuadro 6 Prácticas adecuadas (%) para detección del cáncer de mama y realización del auto examen de mama entre 20-54 años que acuden a los centro de Salud Enrique Mántica Berio de León y René Pulido de Santa Rosa del Peñón, marzo-abril 2011.

Prácticas	León (n=110)	Santa Rosa del Peñón (n=45)	Total (n=155)
Se ha realizado el auto examen de mama.*	42	56	46
Frecuencia en que se lo realiza.**	19	11	20
Posición adecuada.**	24	7	20
Buena calidad del auto examen.**	24	8	18
Le han realizado el examen clínico de mama.*	64	49	59
Le han diagnosticado alguna tumoración en mama.*	0	0	0
Le han realizado mamografía.*	7	2	6
Le han realizado biopsia.*	3	4	3

* Porcentaje calculado en base al total de mujeres.

** Porcentaje calculado en base al total de mujeres que se realizaron el AEM.