

**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 EN MUJERES ENTRE 20-54 AÑOS QUE ACUDEN  
AL CENTRO DE SALUD SAN NICOLÁS, ESTELÍ, DURANTE EL 2010.**

Autoras: Aleyda Castillo Morales  
Karen Lanuza Valdivia.

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

León, febrero de 2011

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas en mujeres entre 20-54 años que acuden al Centro de Salud San Nicolás, Estelí, durante julio-agosto del 2010.

El estudio fue sobre conocimientos, actitudes y prácticas. La población de estudio fueron todas las mujeres entre 20-54 años de procedencia urbana o rural que acuden al centro de salud bajo estudio, durante agosto a septiembre del 2010. La muestra fue de 108 mujeres de la población. El software utilizado fue SPSS versión 18.0.

La mayoría de la población estudiada son jóvenes y en condiciones socioeconómicas desfavorables como baja escolaridad, sin ocupación remunerada, con alta paridad. Sin embargo 8% tenía antecedentes familiares de cáncer. El personal de salud fue la principal fuente de información sobre el autoexamen de mamas. Aunque un alto porcentaje de pacientes tuvo buenos conocimientos y actitudes hacia el auto examen de mama, la calidad la práctica fue deficiente en su mayoría. El auto examen, examen clínico, toma de biopsia y mamografía se realizó en 62%, 41%, 3% y 1%, respectivamente.

Las principales razones para no realizarse el auto examen de mama fueron: descuido, no saber, pereza o no tener ganas, desconocimiento de la técnica, no tener problemas en las mamas y temor a encontrar alguna enfermedad. Las principales razones para no realizarse el examen clínico de mama fueron: no sabe 95% y no tener problemas en las mamas 5%. Se recomienda incrementar campañas de educación y promoción en la detección del cáncer de mama.

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

## ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINAS</u>
• Dedicatoria	
• Agradecimientos	
• Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
MARCO TEÓRICO	8
DISEÑO METODOLOGICO	20
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS	30
ANEXOS	34
Ficha	
Cuadros y Figuras	

## DEDICATORIA

A nuestro Señor Jesus, quien nos dio la fe, la fortaleza. La salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A nuestros padres, quienes nos enseñaron desde pequeñas a luchar para alcanzar nuestras metas. Nuestro triunfo es el de ustedes. Los amamos.

A nuestros maestros por ser la fuente pura de inspiración en cada momento de nuestra vida universitaria

## **AGRADECIMIENTOS**

Son tantas personas a las cuales debemos parte de este triunfo, de lograr alcanzar nuestra culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.

Definitivamente, Dios, nuestro Señor, nuestro Guía, Nuestro Proveedor, nuestro Fin Último; Sabes lo esencial que has sido en nuestra posición firme de alcanzar esta meta, esta alegría, que si pudiéramos hacerla material, la hiciéramos para entregártela, pero a través de esta meta, podemos siempre de tu mano alcanzar otras que esperamos sean para tu Gloria.

A nuestros Padres, serán siempre nuestra inspiración para alcanzar nuestras metas, por enseñarnos que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa.

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 23% de todos los cánceres entre las mujeres son cáncer de mama, aproximadamente 1.15 millones de casos en el 2002, haciéndolo el cáncer más común entre las mujeres, y el segundo cáncer mas común en la población total. La incidencia es mucho más alta en los países desarrollados, donde más de la mitad de los casos son diagnosticados.<sup>1</sup> La premisa básica para el tamizaje del cancer de mamas es que este permita la detección del cáncer de mamas antes que estos sean palpables. El cáncer de mamas es una enfermedad progresiva, y los tumores pequeños son más probables de ser detectados en etapas tempranas de la enfermedad, con un mejor pronóstico, y son tratadas más exitosamente.<sup>2</sup>

En la prevención secundaria, la detección y tratamiento temprano de la enfermedad, es el unico medio actualmente disponible para reducir la mortalidad por cancer de mama. Aunque la mamografía, con y sin examen clínico de mama (ECM) por un médico o enfermera, ha demostrado ser efectivo en reducir la mortalidad por cancer de mama en mujeres que tienen 50 años o más (1-3), esto requiere considerable fondos económicos; por lo tanto, no es practico su uso en algunas poblaciones en desarrollo.<sup>3</sup> El auto examen de mamas (AEM) requiere de menos gastos económicos y es un procedimiento que puede ser realizado por toda mujer sobre una base regular. Teóricamente, este procedimiento debería ser de valor en la detección de cánceres a intervalos que lo hacen palpable entre el tamizaje anual de mamografía, y esto puede ser más sensible que un examen clínico de mamas porque las mujeres pueden detectar sutilmente cambios en sus propias mamas que no podrían ser discernibles durante la palpación manual por otros.<sup>3</sup>

Para mujeres jóvenes, el entrenamiento en AEM y su adherencia es un comportamiento de promoción de la salud que proveen a las mujeres del conocimiento que establece la etapa para la adherencia al tamizaje de ECM y las directrices al tamizaje de la mamografía a mayor edad. El tamizaje esta ligado a la percepción de riesgo, beneficio, y barreras a través de un proceso de razonamiento que incluye las influencias personales, sociales, y las actitudes.<sup>4-5</sup>

## ANTECEDENTES

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 18% de las muertes notificada por cáncer.<sup>6</sup> En el periodo de 2000-2005, el cáncer de cuello uterino fue la primera causa de morbilidad atendida en el Centro Nacional de Radioterapia, seguido por el cáncer de mama con 17.2%. Hay poco acceso a medios diagnósticos y terapéuticos.<sup>7</sup>

Martínez (2005) estudió 55 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en el hospital Bertha Calderón, y encontró que la tasa de letalidad fue de 16% y la persistencia de cáncer fue de 20%, con bajas tasas de sobrevivencia.<sup>8</sup> En el HEODRA, Quintero (2001) estudió 36 pacientes con carcinoma infiltrante de mamas y observó que la mitad eran menores de 50 años y había resistencia a la quimioterapia.<sup>9</sup>

Bonilla (2008) realizó un estudio CAP sobre el autoexamen de mama en 100 mujeres atendidas en el Hospital Fernando Vélez Páiz. El 62% tuvo un conocimiento regular y 84% una actitud favorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 70% tuvo práctica de autoexamen de mama y el nivel de práctica que predominó fue el malo con un 40.6%.<sup>10</sup>

Betanco (2009) realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas del auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años que acudían a un Centro de Salud en Chinandega. Reportó que 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 hace en la posición correcta, y la calidad fue buena en el 57%. Las principales razones para no realizárselos fueron: no sabe la técnica, descuido y temor a detectar cáncer.<sup>11</sup>

Algunos estudios internacionales se resumen a continuación. 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, factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.<sup>12</sup> Barcelos et al. (2003) realizó un estudio CAP en 663 mujeres en un municipio de Brasil, y el conocimiento y prácticas de la 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%. En el 58.1% la principal causa de no realizar el autoexamen de mama por olvido.<sup>13</sup> Okobia et al. (2006) encontró que las mujeres en una comunidad de Nigeria tuvieron bajo conocimiento del cáncer de mama y pocas practicaba autoexamen de mana 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).<sup>14</sup>

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 menciona a profesionales de la salud.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

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 por la cual no lo realizaban fueron la falta de conocimiento sobre como hacerlo y la falta de creencia en su necesidad.<sup>17</sup>



En 1997, la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) actualizo sus guías para el tamizaje del cáncer de mama. El cambio más notable en estas guías fue la recomendación de que las mujeres deberían comenzar un tamizaje manual a partir de los 40 años; las guías previas habían recomendado la mamografía cada uno o dos años para mujeres con 40 años, y mamografía anual para mujeres con 50 años. La actualización de 1997 notó que no había edad cronológica en que el tamizaje debería suspenderse, enfatizando que tanto como una mujer estuviera con buena salud se beneficiaría probablemente del tamizaje de cáncer de mama. Las recomendaciones para el examen clínico se modificaron al agregar el consejo de que una mujer con 40 años y más programe un examen clínico y mamografía anual.<sup>3</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas en mujeres entre 20-54 años que acuden al Centro de Salud "San Nicolás" Estelí, durante el 2010?

## **JUSTIFICACION**

El cáncer de mama es un problema de salud pública global y nacional, la carga de morbilidad de este problema esta determinado por su alta tasa de mortalidad y de discapacidad. Sin embargo, el potencial de prevención secundaria y terciaria es enorme cuando se aplican pruebas de tamizaje de alto costo-efectividad como el autoexamen de mama para la detección temprana y tratamiento oportuno de esta patología.

Los estudios nacionales sobre aspectos relacionados a conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas son reducidos. La información sobre dichos aspectos proporcionada en este estudio puede contribuir a mediano y largo plazo a la detección oportuna y tratamiento temprano del cáncer. Por lo tanto, se espera que los resultados esta investigación sea de utilidad para las autoridades de salud para poder reducir la carga de morbilidad del cáncer de mama en la mujer.

## OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas en mujeres entre 20-54 años que acuden al Centro de Salud San Nicolás, Estelí, durante julio-agosto del 2010.

### **Objetivos Específicos:**

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

## MARCO TEÓRICO

**Conocimiento:** 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.<sup>18,19</sup>

**Actitud:** 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: “Me gustas alimentos grasosos”. 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.<sup>18,19</sup>

**Práctica:** 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.<sup>18,19</sup>

### Cancer de mama (seno):

**Definición<sup>20</sup>:** Es el cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen leche). Se puede presentar tanto en los hombres como en las mujeres, aunque es raro en hombres.

### **Manifestaciones clínicas<sup>21</sup>**

El cáncer de mama en estadio temprano, que es cuando el tratamiento tiene éxito, por lo general no tiene síntomas. Pero algunos síntomas y signos nos pueden hacer sospechar del Cáncer de Mama, y que obligan a toda mujer a consultar a su médico inmediatamente:

- ✓ Un bulto o tumoración que se siente al tacto, que se diferencia del resto de tejido mamario, de consistencia dura, mayormente no dolorosa, y que no desaparece en el transcurso de los días.
- ✓ Piel de la mama rugosa, que se puede parecer a la "cáscara de una naranja".
- ✓ Deformidad de la mama.
- ✓ Secreción mamaria, sobre todo si contiene sangre.
- ✓ Hundimiento del pezón.

### **Epidemiología**<sup>22,23</sup>

Más del 90% de las neoplasias de mama se originan del epitelio ductual, mientras una minoría se origina del epitelio lobular. La sobrevida del cáncer de mama se ha incrementado ligeramente en los países desarrollados, donde actualmente se acerca a 80% a 5 años. No está claro cuánto de la mejoría es debido al tamizaje comparado con la mejoría en el tratamiento. La sobrevida en países en desarrollo permanece baja, del orden de 40% a 60%.<sup>22</sup>

El cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres en el mundo: el número estimado de nuevos casos en el 2000 fue de 579,000 en los países desarrollados y 471,000 en los países en desarrollo. También es la causa más importante de muerte por neoplasias entre las mujeres, causando un estimado de 373,000 muertes en el mundo para el 2000.

La incidencia de cáncer de mama es baja (menos de 20 por 100,000) en la mayoría de países de África subsahariana, en China, y en otros países del este asiático, excepto Japón.

Las tasas más altas (70 a 90 por 100,000) se registran en Norte América, Australia, y en Europa del norte y occidental, así como en Brasil, y Argentina. Es importante notar que la incidencia de cáncer de mama se ha desarrollado rápidamente durante las últimas décadas en muchos países en desarrollo: por ejemplo en países árabigos el cáncer de mama era una enfermedad rara hasta la década de los setenta, y actualmente se ha convertido en el cáncer más frecuente en las mujeres con tasas de 30 por 100,000.<sup>22</sup>

En los países desarrollados, las tasas de incidencia han incrementado lentamente durante las recientes décadas, mientras las tasas de mortalidad han permanecido medianamente estables. La incidencia incrementa linealmente con la edad hasta la menopausia, después de la cual un mayor incremento es menos marcado (países desarrollados) y es casi ausente (países en desarrollo). Las mujeres con alto nivel social tienen consistentemente mayores tasas que las mujeres con un menor nivel, la diferencia es de aproximadamente 30% a 50%.<sup>22</sup>

**Factores de riesgo**<sup>22-24</sup>

Tabla 1 Diferencias entre los factores de riesgo del  
Cáncer del Cuello Uterino y el Cáncer de mama.<sup>24</sup>

<b>Factores</b>	<b>Cáncer Cuello Uterino</b>	<b>Cáncer de mama</b>
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

El embarazo incrementa el riesgo de cáncer de mama a corto plazo, probablemente a incrementos en el nivel libre de estrógeno durante el primer trimestre. Este efecto es particularmente fuerte en el primer embarazo. A largo plazo, sin embargo, el embarazo tiene un efecto benéfico, ya que las mujeres multíparas tienen mayor nivel de prolactina y un nivel menor de globulina que requiere hormona sexual que mujeres nulípara. Estos dos efectos resultan en un papel protector durante la temprana edad en el primer embarazo (y un pequeño efecto protector residual de embarazos adicionales) y en un riesgo incrementado de mujeres con primeros embarazos tardíos. Un efecto protector de la lactancia podría atribuirse a la supresión de la función ovulatoria causada por la lactancia. Además, el uso a largo plazo de terapia de hormona de reemplazo lleva también a un incremento en el riesgo de cáncer de mama.

Las mujeres que sufren de dos de las enfermedades de mama más comunes, enfermedad fibroquística y fibroadenoma portan un riesgo incrementado de 2-3 veces de cáncer de mama. Es posible, no obstante, que las lesiones no sean condiciones preneoplásicas, en vez de proliferación epitelial, unida a alteraciones hormonales, es un rasgo que comparte con el cáncer de mama.<sup>22,23</sup>

Una historia familiar de cáncer de mama en la madre o en una hermana se asocia con un riesgo incrementado de 2-3 veces de tener la enfermedad. Este papel de la historia familiar es posiblemente el resultado de la baja penetración de genes asociado con el metabolismo y regulación hormonal, en particular varios de los genes asociados con el metabolismo de esteroides son polimórficos; y hay evidencia de un riesgo incrementado de cáncer de mama asociado con polimorfismo de genes involucrados en el metabolismo hormonal.

También, el riesgo de cáncer de mama es incrementado en portadores de mutaciones de varios genes de alta penetración, en particular BRCA1, BRCA2, y p53. Aunque el riesgo de vida acumulado en los portadores de estos genes puede ser tan alto como 80%, son raros en la mayoría de poblaciones y explican solamente una pequeña fracción (2%-5%) del total de casos. Sin embargo, hay excepciones como Ashkenazi Jews, entre quienes BRCA1 de alto riesgo o mutaciones de BRCA2 son responsables de un 12% estimado de cáncer de mama.<sup>22,23</sup>

Aunque el papel de la nutrición en el riesgo de cáncer de mama se ha sugerido, la evidencia combinada de estudios epidemiológicos es solamente sugestivo de un efecto protector ejercido por la alta ingesta de frutas y vegetales, mientras la evidencia no es concluyente para otros componentes de la dieta, incluyendo ingesta de grasa total, grasa saturada y fibras, e ingesta total de energía. Similarmente, resultados sobre micro nutrientes han sido escurridizos, aunque hay una evidencia creciente de un papel protector jugado por los phyto-estrógenos. El nivel hormonal y factores nutricionales durante el periodo intrauterino y la niñez son también propensos que sean importantes en la carcinogénesis de mama.<sup>22,23</sup>



Muchos factores del estilo de vida han sido investigados como causas posibles de cáncer de mama. Un riesgo incrementado con el incremento de peso ha sido consistentemente reportado entre mujeres mayores de 60 años, pero no entre mujeres más jóvenes. La ingesta de 3 o más tragos por día conduce a un riesgo incrementado del orden de 50% a 70%. Es probable que tanto el sobrepeso como el consumo de alcohol actúen como riesgo de cáncer de mama a través de un mecanismo que involucra nivel o metabolismo hormonal.

El fumado no incrementa el riesgo de cáncer de mama. Los estudios de factores ocupacionales y exposición a pesticidas organofosforados no han proveído evidencia de un rol etiológico.<sup>22,23</sup>

Casi 1% de todos los cánceres de mama ocurren en hombres. La incidencia provee limitada evidencia de variaciones geográficas, sin clara correlación con la incidencia en mujeres. Las condiciones que involucran alto nivel de estrógenos, como ginecomastia y cromatina sexual positiva, son factores de riesgo de cáncer de mama en hombres, como lo es el alto peso en la juventud.<sup>23</sup>

La prevención primaria del cáncer de mama se ha intentado vía intervención nutricional, involucrando la reducción de ingesta calórico, reducción de la proporción de calorías de grasa, e incremento en el consumo de frutas y vegetales. Tamoxifeno, un droga anti estrógeno usada en quimioterapia, ha presentado una acción quimiopreventiva contra el cáncer de mama, aunque la magnitud de la protección es dudosa. Contrariamente, el tamoxifeno incrementa el riesgo de cáncer endometrial.<sup>22,23</sup>

El enfoque más adecuado del control del cáncer de mama es la prevención secundaria a través de la mamografía. La efectividad de tamizaje por mamografía en mujeres mayores de 50 años se ha demostrado, y los programas han establecido en varios países. La efectividad de mamografía en mujeres menores de 50 años no esta demostrada. El beneficio de otros enfoques de tamizaje, como el examen físico y el auto examen, no es conocido.<sup>23</sup>

## **Tamizaje**

### **Definición<sup>4</sup>**

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 tamizaje<sup>4</sup>**

- ✓ 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.

### **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, reversionó esa posición posteriormente a pesar de las recomendaciones por un consenso de la convención.<sup>4</sup>

Programas organizados de tamizaje de mama, todos involucrando mamografías y mujeres entre 50-64 años (o 69), se han establecido en Canadá y varios países europeos (por ejemplo, Finlandia, Holanda, Suecia, Reino Unido), pero solo en algunos condados en Suecia invitaron activamente a mujeres entre 40-49 años para el tamizaje. La mayoría invitaron a las mujeres a retornar cada 2 años (cada 3 en el Reino Unido). Se considera que es muy temprano para evaluar la efectividad de estos programas, pero es probable que la reducción de la mortalidad atribuible al tamizaje sea visto dentro de pocos años en los programas que han logrado el nivel de completamiento planeado (70% o más), aunque podría ser menor que lo anticipado.<sup>4</sup>

La otra prueba de tamizaje para la cual todavía hay poca evidencia de su efectividad es el auto examen de mama, pero solamente este examen tiene el potencial de mejorar el punto de vista de los intervalos de cáncer, y tiene el potencial para proveer un diagnóstico temprano de cáncer de mama en muchas partes del mundo. Dos estudios de casos y controles no han presentado beneficios en la reducción de la enfermedad avanzada, pero uno sugiere beneficio en los consentidores del auto examen de mama.

En Finlandia, un estudio de cohorte en consentidores del auto examen de mama sugiere un beneficio en reducir la mortalidad de cáncer de mama, pero en un estudio anidado de casos y controles con el Estudio Nacional Canadiense de Tamizaje de Mama también presentó beneficio de practicas buenas de auto examen de mama en reducir la mortalidad de cáncer de mama y la prevalencia acumulada de estadios avanzados (metástasis) de cáncer de mama.<sup>4</sup>

### **Medidas para el diagnóstico temprano<sup>21</sup>**

- ✓ 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)<sup>3,21,25</sup>**

### **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 de 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.

#### **a. 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.

**b. 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 anormalidades, asista de inmediato con su médico.

**Mamografía**<sup>10</sup>

Es el método más importante para el diagnóstico del cáncer de mama. Son signos mamográficos de posible malignidad:

- Presencia de nódulos densos, de bordes imprecisos con retracción de la piel o edema cutáneo.
- Presencia de microcalcificaciones en número superior a 6.

La edad para hacerse la mamografía es polémica. Por lo general, entre los 40 a 50 años se hace una cada dos años, y a partir de los 50 años anualmente. Esta decisión dependerá de la paciente y de lo que le recomiende su médico.

### **Recomendaciones del examen clínico**<sup>3</sup>

#### **Examen clínico de mama (ECM)**

Para mujeres con riesgo promedio entre 20-30 años, se recomienda que el ECM sea parte de un examen de salud periódico, preferiblemente cada 3 años como mínimo. El examen debe incluir instrucciones sobre el AEM con el propósito de ganar familiaridad con la composición de la mama. Además, debe proveerse información sobre los beneficios y limitaciones del ECM y el AEM, enfatizando que el riesgo de cáncer de mama es muy bajo en mujeres menores de 20 años y su incremento con la edad. La importancia de reportar prontamente cualquier síntoma a un profesional de la salud debe enfatizarse.<sup>3</sup>

Las mujeres sintomáticas con 40 años o más deben continuar recibiendo el ECM como parte de su examen de salud periódico, preferiblemente anualmente. A los 40 años se debe de iniciar la discusión sobre la inclusión de mamografía. Puede haber algunos beneficios al realizar el ECM poco antes del mamograma. Durante el ECM, deben de discutirse los beneficios y limitaciones del ECM y la mamografía.<sup>3</sup>

#### **El AEM y la Auto Detección**

La meta de una AEM, como con el ECM, es detectar tumores palpables. Un papel adicional del AEM es incrementar la conciencia de la composición normal de la mama, para que haya una mayor conciencia de los cambios que se detecten durante la AEM. Esto también puede lograrse basado en el conocimiento del valor del tratamiento temprano tanto de los tumores de mama palpables y no palpables.<sup>3</sup>

Como con el ECM, hubo algunos miembros del panel de la ACS quienes creyeron que la evidencia contra un beneficio del AEM no es lo suficientemente fuerte como para abandonar la recomendación, mientras que otros creyeron que hubo insuficiente evidencia para continuar con el AEM recomendado. Sin embargo, el panel revisor de la ACS reconoce las contribuciones del ECM y el AEM para la detección del cáncer de mama, los problemas de entrenamiento y de ejecución, la importancia de enfatizar la importancia de los signos y síntomas del cáncer de mama, así como comprender como esa conciencia se logra y se mantiene, representa un área importante de investigación.<sup>3</sup>

Tabla 1 Pruebas de tamizaje para el cáncer de mama y fuerza asociada de la evidencia en la reducción de la mortalidad.<sup>26</sup>

Edad/prueba	Mayor Nivel de Evidencia	Comentarios
Edad entre 40-49 años: ❖ Mamografía ± ECM	1	Las mujeres entre 40-49 años fueron un subgrupo estudiado en la mayoría de ensayos aleatorios; la mayoría de los cuales fueron realizados antes del uso ampliado de quimioterapia.
❖ Auto examen de mama	5	Los ensayos aleatorios publicados a la fecha presentan un incremento en la tasa de biopsias sin una reducción en la mortalidad por cáncer de mama.
Edad entre 50-69 años: ❖ Mamografía ± ECM	1	La mayoría de ensayos fueron hechos antes del amplio uso de quimioterapia; el balance de los beneficios y daños son probablemente más favorables para las mujeres jóvenes.
❖ Auto examen de mama	5	Los ensayos aleatorios publicados a la fecha presentan un incremento en la tasa de biopsias sin una reducción en la mortalidad por cáncer de mama.
Mayores de 70 años		Las mujeres en estas edades no fueron bien representadas en los ensayos aleatorios; la mayoría de los expertos creen en las recomendaciones que deberían ser ajustadas a la salud y esperanza de vida.

### Efectividad del Examen Clínico de Mamas (ECM)<sup>27</sup>

La Fuerza de Tarea de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomiendan la mamografía de rutina cada 1 a 2 años iniciando a los 40 años, pero la ECM recibió una valuación de I, lo que significa que hay insuficiente evidencia para hacer una recomendación. La sensibilidad de ECM oscila de 69% de adquirir cáncer de mama en mujeres que no tuvieron un tamizaje a casi 31% en aquellas que tuvieron un tamizaje similar.

La sensibilidad es mayor en mujeres menores de 50 años (en contraste con el tamizaje de mamografía, la cual es menos sensible en las mujeres jóvenes). Debido a que el cáncer de mama no es tan común en mujeres menores de 50 años, sin embargo, una masa encontrada en una mujer mayor durante la ECM tiene cuatro veces mayor riesgo de cáncer que una masa en una mujer mas joven. Casi 3 de 5 mujeres de cada 100 mujeres examinadas tendrán un ECM falso positivo.

El ECM encuentra cánceres que son detectados en la mamografía. El incremento en el hallazgo de casos ha sido casi 5% a 7% en estudios poblacionales. Si este incremento de detección de casos se traduce en mejores resultados se desconoce. Las tasas de supervivencia para los cánceres detectados por ECM son menores (59% a 84% en 10 años) que los detectados solamente por mamografía.<sup>27</sup>

### **Eficacia del Auto Examen de Mama (AEM)<sup>27</sup>**

La Fuerza de Tarea de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos también da al AEM una recomendación de I en su actualización del 2002. Sin embargo, la Fuerza de Tarea Canadiense de la Atención Preventiva en Salud da una recomendación D, manifestando que no hay evidencia de beneficios y alguna evidencia de daño y no lo recomienda más.

Las mujeres que practican el AEM con mucha pericia tienen un riesgo reducido de muertes por cáncer de mama, pero los diseños retrospectivos no podrían eliminar la posibilidad de sesgo del recuerdo.

Las mujeres encuentran cáncer de mama por auto examen. En mujeres entre 40-45 años (antes de que muchas se realizan mamografía de rutina), 65% de los cánceres fueron auto detectados. La auto detección fue dividida igualmente entre quienes se realizaron el AEM de rutina y las que lo detectaron accidentalmente una masa en la mama. En una serie de 3,197 cánceres invasivos diagnosticados en Wisconsin de 1988 a 1990, las mujeres detectaron su cáncer en el 55% de las veces. Los tumores encontrados por mamografía o ECM fueron mucho más probables de ser localizados.<sup>28</sup>



## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas.

**Área de estudio:** El área atención del Centro de Salud San Nicolás, Estelí, atiende una población de 6,768 habitantes de ambos sexos. Hay 535 mujeres adolescentes entre 10-14 años, 388 entre 15-19 años y 1,236 son mujeres entre 20-54 años.<sup>29</sup> Las comunidades atendidas por este centro de salud son las siguientes: San Nicolás urbano, Salmerón, Guingajapa, Santa Clara y Jícaro.

**Población de estudio:**

La población meta serán todas las mujeres entre 20-54 años de procedencia urbana o rural (n=1,236) que acudieron al centro de salud bajo estudio, durante agosto a septiembre del 2010.

**Universo:**

La muestra se baso en un nivel de confianza de 95%, una frecuencia de 50% y una precisión de 10%. La muestra fue de 89 mujeres, pero considerando que pudiera haber un porcentaje de rechazo y no respuesta de 18% la muestra ajustada fue de 108 mujeres que asistieron al centro de salud entre 20-54 años. El muestreo fue por conveniencia, según la asistencia de las pacientes al centro de salud y de acuerdo al tiempo disponible por las investigadoras.

**Criterios de inclusion:**

- Toda paciente que haya sido atendida en el Centro de Salud en el período de estudio.
- Personas que estén de acuerdo en participar en el estudio.

**Criterios de exclusion:**

- Personas que no se encuentren de acuerdo en participar en el estudio.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para la recolección de la información se realizó una encuesta piloto, dicho instrumento contaba de 10 preguntas abiertas, a partir de la cual obtuvimos la información para diseñar el instrumento que fue diseñado con metodología CAP sobre Auto Examen de Mama, con preguntas abiertas y cerradas en relación con datos generales, el cual fue probado en otro Centro y aplicado en el Centro de salud en estudio previo consentimiento informado verbal de las pacientes, el instrumento fue llenado por las investigadoras.

## **ROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Después de aprobado el protocolo se procedió a solicitar autorización del Director del Centro de Salud San Nicolas, consentimiento informado de las pacientes, se les explico el motivo de la entrevista y la importancia de su colaboración, se captaron todas las mujeres que acudieron al programa planificación familiar en el momento del estudio, fue una entrevista privada con cada usuaria del programa. La información obtenida fue utilizada para mejorar el desempeño del autoexamen de mamas de las mujeres en edad fértil, para incrementar la detección temprana de neoplasias de mamas en las mujeres del área de captación del centro de salud bajo estudio.

## **ANALISIS DE LOS DATOS**

La información obtenida se procesó electrónicamente con el software SPSS versión 18.0. y el análisis de los datos se realizó por frecuencia y porcentajes, y se presenta en cuadros y gráficos según características de las variables.<sup>28,30</sup>

Para valorar el conocimiento a cerca del Autoexamen de mama se realizaron preguntas sobre aspectos básicos, de las cuales se valoraron como: 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.

La actitud de las mujeres se midió de acuerdo a la actitud hacia el autoexamen de mama y detección del cáncer. Los ítems fueron calificados como actitudes positivas o negativas. Además las actitudes positivas se agruparon en menos de 6, 7-11, 12-16 y 17-21.

Para la medición de la práctica se realizaron preguntas sobre práctica de Auto Examen de Mama, incluyendo su técnica, y frecuencia de realización, y se calificó como afirmativas a las que lo practicaban cada mes y con técnica adecuada y la frecuencia adecuada; como negativas a las que no

se habían practicado nunca el autoexamen de mama, o bien que ésta práctica fuera cada año o bien cada 6 meses y con una técnica parcial o inadecuada.

### **PLAN DE ANÁLISIS**

1. Frecuencia de las características demográficas del personal en estudio: Edad, escolaridad, estado civil, procedencia y religión.
2. Información sobre al autoexamen de Mama
3. Conocimientos sobre el autoexamen de Mama
4. Nivel de conocimiento con características demográficas
5. Actitudes sobre el autoexamen de Mama
6. Actitudes con características demográficas
7. Nivel de conocimiento con Actitudes
8. Espacios propicios para recibir información
9. Práctica de autoexamen de mama
10. Nivel de práctica con características demográficas
11. Nivel de prácticas con Nivel de conocimiento
12. Nivel de prácticas con Actitudes

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ESCALA O VALOR</b>
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 considera bajo, primaria o menos; y alto, secundaria o mayor.	Bajo Alto
Procedencia	Lugar geográfico de residencia.	Rural Urbana
Ocupación	Situación laboral remunerada.	Si No
Asegurada	Estado de afiliación al seguro social.	Si No
Estado civil	Condición social al momento de su entrevista.	Soltera Casada/acompañada
Religión	Religion que profesa la paciente al momento de la entrevista.	Católica Evangélica Otra Ninguna
Paridad	Números de parto que ha tenido al momento de la entrevista.	Ninguna Una Dos y más
Antecedente familiar de cáncer		Si No

<b>Variabes</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala o Valor</b>
Conocimiento	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. <sup>18,19</sup>	Inadecuado Regular Bueno Muy bueno
Actitud	Reacciones evaluativas o disposiciones favorables o desfavorables hacia una situación, persona, o grupo, expresado como la creencia de uno, sentimientos, o conducta. <sup>18,19</sup>	Adecuada Inadecuada
Prácticas	Pertenciente 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. <sup>18,19</sup>	Adecuada Inadecuada
Calidad del Autoexamen de mama	Valoracion del autoexamen de mama en base a la descripcion del mismo.	Mala Regular Buena
Razones para no practicarse el autoexamen de mama o examen clinico	Motivos por los cuales no se había realizado dichos exámenes para detectar cáncer de mama.	No tener problemas Por pereza No pienso que debería No se.

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se entrevistaron a 108 mujeres entre 20-54 años de edad que acudieron al centro de salud de San Nicolás de Estelí, a finales del 2010. La mayoría tenían entre 20-34 años de edad (69%), rurales (52), baja escolaridad (55%), casadas o acompañadas (76%), católicas (59%), sin ocupación remunerada (79%) (Solamente 10 mujeres de las 21 que tenían trabajo remunerado estaban aseguradas), con alta paridad (65%). De todas las mujeres estudiadas, 8% tenían antecedente familiar de cáncer (Cuadro 1). El promedio de edad de la población estudiada fue de  $31 \pm 10$  años, la mediana fue de 30 años. El promedio de partos de la población estudiada fue de  $7 \pm 2.6$ , la mediana fue de 2.

Se determinó que el 62% había recibido algún tipo de información sobre el autoexamen de mamas, y de estas (n=67) 90% mencionaron que la fuente de información fue el personal de salud, seguida por familiares (16%), radio (7%) y televisión (5%). Además, mencionaron que el principal lugar donde obtuvieron dicha información fue en las unidades de salud del MINSA (Cuadro 2).

En el cuadro 3 se presentan los diversos ítems sobre conocimientos del auto examen de mama. Los ítems con menores porcentajes de respuestas correctas fueron los siguientes: a los cuantos días después de la menstruación debe hacerse el auto examen (5%); la edad en que debe empezarse a realizar el examen (9%); conocimiento sobre síntomas relacionados al cáncer de mama (13%); quienes deben realizarse el autoexamen (44%) y la posición en que debe realizarse el examen (64%). Un hallazgo importante sin embargo, fue el hecho que el 94% de las mujeres reconocieron la importancia del auto examen para la detección temprana del cáncer y que puede curarse si se detecta a tiempo. En menor porcentaje pero satisfactorio fue el conocimiento sobre los propósitos de examen, la frecuencia de su realización y que se espera encontrar.

La calidad del conocimiento sobre el auto examen de mama fue considerada inadecuada en 7%, regular 26% bueno 56% y muy bueno 11% (fig 1)

El porcentaje de las diversas actitudes positivas se presenta en el cuadro 4. Las actitudes que tuvieron un porcentaje de respuestas positivas superiores al 90% fueron: ayuda a detectar una enfermedad (maligna o benigna), es beneficioso para las mujeres, es bueno realizarlo y acudir al médico si detecta algo anormal en las mamas. Otras actitudes que tuvieron un alto porcentaje de respuestas positivas fueron la influencia del personal de salud para realizárselo, el tratamiento oportuno mejora la calidad de vida de la paciente y aumenta la supervivencia. Algunas malas percepciones como que es pecado o vergonzoso, hacerse el autoexamen, se ponen flojos los seno fueron superadas con un alto porcentaje. Las actitudes que tuvieron un alto porcentaje de respuestas negativas o inadecuadas fueron: temor a detectar una enfermedad, la influencia que ejercen los familiares, amigas, escolaridad y la religión. Se observó un alto porcentaje de respuestas negativas ante el planteamiento de que el tratamiento es mejor a edades tempranas.

En la Fig. 2 se presentan las 21 actitudes positivas agrupadas así: 3% de las mujeres tenían menos de 6 actitudes positivas, 13% entre 7-11 actitudes positivas, 63% entre 12-16 actitudes positivas y 21% casi todas sus actitudes fueron positivas.

Del total de mujeres encuestadas (n=108) solamente 62% se habían realizado el auto examen de mamas, al 41% le habían realizado el examen clínico de mama, 3% le habían realizado biopsia de mama y solamente a una le habían realizado mamografía. Del total de mujeres que se había realizado el auto examen de mama, lo realizaron con la frecuencia y posición adecuada el 72% y 42% respectivamente. Solamente 6% se hace el autoexamen con calidad, 54% es regular y 40% mala calidad (Fig.4 y Cuadro 5).

Las principales razones para no realizarse el autoexamen de mama fueron: descuido 49%, no saber 22%, pereza o no tener ganas 20% desconoce la técnica 17%, no tener problemas en las mamas 10% , temor a encontrar alguna enfermedad 10%, y es responsabilidad del médico o personal de salud 2% (Fig. 5).

Las principales razones para no realizarse el examen clínico de mama fueron: no sabe 95%, no tener problemas en las mamas 5%. (Fig. 6).

## DISCUSION

La mayoría de la población estudiada son jóvenes, y en condiciones socioeconómicas desfavorables, como baja escolaridad, sin ocupación remunerada, con alta paridad. Sin embargo 8% tenía antecedente familiar de cáncer. Según reporte de las pacientes, el personal de salud había proporcionado en su mayoría algún tipo de información sobre el autoexamen de mama y en menor escala los familiares, radio y televisión. Esto se asoció en similar proporción con la calidad del conocimiento sobre el autoexamen de mama ya que dos terceras partes fueron considerados como buenos o muy buenos, y una tercera parte como regular o malo. Solamente una quinta parte de mujeres tuvieron un número de actitudes positivas por debajo de la mediana o igual a la mediana (11), y el resto tuvo un elevado número de actitudes positivas hacia el autoexamen de mamas.

El elevado porcentaje de buenos conocimientos y de actitudes positivas se asociaron a la realización del autoexamen de mama en un porcentaje similar y en menor proporción del examen clínico de mama. El bajísimo porcentaje de biopsias y de mamografías principalmente puede deberse a que el 78% de las pacientes eran menores de 40 años, edad en que se recomienda realizar la mamografía y búsqueda de atención médica. No obstante las guías de la asociación americana de cáncer establece que cada mujer debe realizarse este examen cada tres años desde los 20 años y cada año desde los 40 años de edad, y la mamografía cada 1-2 años entre los 40-49 años y cada año a partir de los 50 años.<sup>4</sup> Sin embargo esto último no lo recomienda la fuerza de tarea de los servicios preventivos de los Estados Unidos.

Los resultados de este estudio fueron consistentes con los reportados con otros estudios nacionales e internacionales. Por ejemplo, Betanco (2009)<sup>10</sup> realizó un estudio similar en Chinandega y encontró resultados similares al nuestro como conocimientos limitados, actitudes en su mayoría pero persisten mitos y creencias negativas hacia el autoexamen de mamas.



Similares hallazgos fueron reportados en la frecuencia de realización, calidad de su práctica, así como de las razones para no realizárselos. Barcelos et al. (2003)<sup>13</sup> Okia et al. (2006)<sup>14</sup> en Nigeria; Simi et al. (2009)<sup>17</sup> en Iran y otros autores también reportaron altos índices de prácticas inadecuadas y de actitudes positivas, lo cual se asocia al bajo nivel escolar de la población.

A pesar del alto porcentaje de realización de autoexamen, otros factores que pueden afectar su sensibilidad son que más de la cuarta parte y más de la mitad de las pacientes no lo realizan con la frecuencia y posición adecuada. Además, la calidad en que lo realizan es de regular a mala en su mayoría. Esto demuestra que esta población a pesar de tener ciertos conocimientos adecuados y actitudes positivas requiere de más educación y promoción de autoexamen de mama, ya que es una prueba altamente sensible y con un alto costo beneficio. Lo anterior es respaldado por que muchas de las razones para no realizarse la detección del cáncer de mama (auto examen, examen clínico y mamografía) fueron desconocimiento de la técnica y descuido de las pacientes así como la persistencia de percepciones incorrectas y mitos sobre esta técnica que impiden su práctica.

La relevancia de este estudio es debido a que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, después del cáncer de cérvix, y representa el 17.5%<sup>7</sup> por otro lado, el sistema de salud tiene una oferta limitada de medios diagnósticos y terapéuticos. Bajo este contexto las actividades de detección tempranas, anomalías en las mamas a través del autoexamen de mama son de mucha relevancia. Los resultados de este estudio revelaron que muchas de las mujeres que acuden al Centro de Salud San Nicolás, Estelí, no se realizan el autoexamen de mama y las que lo hacen, en su mayoría son de mala calidad. Esta información podría ser de utilidad a las autoridades de salud para dirigir estrategias de prevención y control del cáncer de mamas, priorizando la enseñanza del procedimiento adecuado de este examen.

## CONCLUSIONES

La mayoría de la población estudiada tenían entre 20 y 34 años de edad , eran rurales, casadas o acompañadas, católicas con baja escolaridad, sin ocupación remunerada y con alta paridad. El 8% tenían antecedentes familiares de cáncer.

Casi dos terceras partes habían recibido algún tipo de información sobre el autoexamen de mama especialmente por el personal de salud, seguida por familiares radio y televisión.

La calidad sobre el conocimiento del autoexamen de mama fue considerada inadecuado en un 7%, regular en un 26%, bueno 56% y muy bueno 11%.

Casi la quinta parte de las mujeres tuvieron en su mayoría actitudes positivas, 63% tenían entre 12 y 16 actitudes positivas, el 13% entre 7 y 11 y solo el 3% menos de 6 actitudes positivas.

Las mujeres encuestadas se habían realizado el autoexamen de mama 62%, ECM 42%, Biopsia 3% mamografía 1%.

Del total de mujeres que se habían realizado el AEM, el 72% lo realizaron con la frecuencia adecuada y el 42% posición adecuada. La practica del autoexamen de mama fue de 6% buena calidad, 54% regular y 40% de mala calida

Las principales razones para no realizarse el autoexamen de mama fueron descuido, no saber, pereza, o no tener ganas, desconocimiento de la técnica, no tener problemas en las mamas, temor de encontrar alguna enfermedad.

Las principales razones para no realizarse el autoexamen clínico de mama fueron: 95 no sabe. 5% no tener problemas en las mamas-

## **RECOMENDACIONES**

Aprovechar el tiempo de espera de los pacientes durante la consulta medica en la unidad de salud para brindar charlas educativas sobre la importancia del autoexamen de mama y las guías sobre como realizarlo con calidad.

Diseminar el resultado de este estudio al Ministerio de Salud (**MINSA**), organismos no gubernamentales, y comunidad organizada para que elaboren campañas educativas sobre la magnitud del cáncer de mama y las formas de su detección precoz, a través de los medios de comunicación sobre el autoexamen de mama.

Que el Ministerio de Salud (**MINSA**), realice evaluación, supervisión y control de todas las estrategias educativas sobre el AEM para tener mejores resultados y un mayor impacto en la forma de detectar tempranamente el cáncer de mama.

## REFERENCIAS

1. 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>.
2. Tabár L, Duffy SW, Vitak B, et al. The natural history of breast carcinoma: What have we learned from screening? *Cancer* 1999;86:449-462.
3. Smith RA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening update. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 141-169.
4. Braveman PA, Tarimo E. Screening in primary health care: Setting priorities with limited resources. Geneva: World Health Organization. 1994.
5. Miller A, Goel V. Screening. In Detels R, editors: *Oxford Textbook of Public Health: The practice of public health*. Vo. 3. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press. 2002: 1822-1837.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: 2007*. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington D.C.: OPS. 2007.
7. Pan American Health Organization. *Health Statistics from the Americas: 2006 edition*. Washington D.C.: PAHO. 2006.
8. 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.
9. 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.
10. 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.

11. 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.
12. Grunfeld EA, et al. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *British Journal of Cancer* 2002; 86: 1373-1378.
13. Barcelos-Marinho LA, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centres. *Rev Saude Pública* 2003; 37 (5): 576-582.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Henerson M, et al. How to measure attitudes. Programa Evaluation Kit. Second edition. New York: SAGE Publications. 1987.
19. Given L. The SAGE Encyclopedia of quantitative methods. London: SAGE Publications. 2008.
20. Instituto Nacional de Cancer. Diccionario de Cancer. Disponible en:  
[http://www.cancer.gov/templates/db\\_alpha.aspx?lang=spanish&CdrID=444971](http://www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?lang=spanish&CdrID=444971).
21. Profamilia. Cancer de mama. Disponible en: [http://www.profamilia.org.co/004\\_servicios/](http://www.profamilia.org.co/004_servicios/)
22. 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>.
23. Forbes JF. Breast cancer. In Willims C, editors: Evidence-based oncology. London: BMJ Publishing Group 2003: 427-464.
24. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nicaragua. Salud Reproductiva y su relación con la pobreza: Un país con pobreza o libre de ella?  
[http://www.unfpa.org.ni/Salud\\_Materna/cancer\\_de\\_mamas.htm](http://www.unfpa.org.ni/Salud_Materna/cancer_de_mamas.htm)

22. Brawley OW, Kramer BS. Cancer screening in theory and in practice. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23 (2): 293-300.
23. Green BB, et al. Breast cancer screening controversies. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 233-241.
24. Cargone GG. Current practice guidelines in primary care, 2005. Blacklick, Ohio: McGraw-Hill Companies. 2004: 6-8.
25. Boffetta P, Brennan P, Saracci R. Neoplasms. In Detels R, editors: *Oxford Textbook of Public Health: The Practice of Public Health. Volume 3. Fourth Edition.* New York: Oxford University Press. 2002.
26. Henerson ME, Lyons L, Taylor C. How to measure attitudes. Newbury Park, California: SAGE Publications. 1987.
27. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. VIII Censo de Población y IV de Vivienda. Censo 2005: Población y Municipios. Vol. IV. Managua Nicaragua. 2005.
28. Programa Mundial sobre el SIDA. Servicio de Investigación Social y Conductuales. Protocolo de Investigación: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relativas al SIDA/VIH (CACP). Fase II. Organización Mundial de la Salud.

**ANEXOS**

Cuadro 1 Características demográficas de mujeres entre 20-54 años que acuden al centro de salud de San Nicolás, Estelí, 2010.

<b>Características demográficas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Procedencia:</b>		
Urbano	52	48
Rural	56	52
<b>Edad:</b>		
20-34	74	69
35 – 49	24	22
50-54	10	9
<b>Escolaridad:</b>		
Bajo	70	65
Alto	38	35
<b>Estado civil:</b>		
Casada/acompañada	82	76
Soltera	26	24
<b>Religión:</b>		
Católica	64	59
Evangélica	28	26
Otra	16	15
<b>Ocupación:</b>		
Si	23	21
No	85	79
<b>Asegurada:</b>		
Si	11	10
No	97	90
<b>Paridad:</b>		
Ninguna	13	12
Una	25	23
Dos y más	70	65
<b>Antecedente familiar de cáncer:</b>		
Si	9	8
No	99	92
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>



Cuadro 2 Información sobre auto examen de mama entre 20-54 años que acuden al centro de salud de San Nicolás, Estelí, 2010.

<b>VARIABLES</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Recibió información sobre el auto examen de mama:</b>		
Si	67	62
No	41	38
<b>Tipo de información recibida:</b>		
<b>Fuente de la información:</b>		
Personal de salud	60	90
Familiares	11	16
Radio	5	7
Televisión	3	5
Otros	4	6
<b>Lugar de la información:</b>		
MINSA	57	79
Otro	14	21
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Cuadro 3 Conocimiento sobre el auto examen de mama entre 20-54 años que acuden al centro de salud de San Nicolás, Estelí, 2010.

<b>Conocimientos sobre el autoexamen de mama:</b>	<b>%</b>
Propósitos del examen.	83
Frecuencia de realización.	73
A cuántos días después de la menstruación debe hacerse el examen.	5
Edad en se debe de empezar a realizarse este examen.	9
Qué espera encontrar en el autoexamen.	71
Qué enfermedad espera encontrar.	64
Quiénes deben realizarse el examen.	44
Posición en que se realiza el autoexamen.	55
Conocimientos de otros exámenes de mama conoce.	87
Utilidad del autoexamen para el diagnóstico temprano de cáncer.	94
El cáncer es curable cuando si se detecta a tiempo.	94
Conoce algunos síntomas del cáncer	13

**Se supone que 1 = si sabe y 0 = no sabe.**

**Cuadro 4 Actitudes positivas hacia el auto examen de mama entre 20-54 años que acuden al centro de salud de San Nicolás, Estelí, 2010.**

Actitudes	%
Es bueno realizarlo.	96
Le ayuda a detectar una enfermedad benigna o maligna.	95
Le da temor encontrarse con alguna enfermedad.	31
Es vergonzoso realizarse el autoexamen de mama.	77
Es un beneficio para las mujeres.	92
La madre influye para realizarselo.	36
El marido influye para realizarselo.	43
Las amigas influyen para realizárselo.	40
El personal de salud influye para realizarselo.	81
Es un pecado realizarlo.	86
Si detecto algo anormal debo acudir al médico.	93
El nivel escolar influye en la realización del autoexamen.	44
La religión influye en la realización del autoexamen.	56
Se me ponen los senos flojos.	78
El tratamiento es mejor en jóvenes.	41
El tratamiento de cáncer de mama hace sentir al paciente muy enfermo.	18
El tratamiento es un proceso largo.	80
El tratamiento ayuda con respecto a que avanzada esta la enfermedad.	80
El cáncer de mama siempre resulta en algún tipo de desfiguración.	75
La supervivencia sin tratamiento se reduce.	81
Una mujer tratada por cáncer de mama puede disfrutar buena calidad de vida.	82

Cuadro 5 Prácticas adecuadas para la detección del cáncer de mama y realización del auto examen de mama entre 20-54 años que acuden al centro de salud de San Nicolás, Estelí, 2010.

Prácticas	%
Se ha realizado el auto examen de mama.*	62
Frecuencia en que se lo realiza.**	72
Posicion adecuada.**	42
Buena calidad del auto examen.**	6
Le han realizado el examen clínico de mama.*	41
Le han diagnosticado alguna tumoracion en mama.*	6
Le han realizado mamografía.*	1
Le han realizado biopsia.*	3

\* n= 108

\*\* n=67

De las 108 Mujeres entrevistadas, 67 se realizaban el AEM

Fig. 1 Conocimientos sobre el Autoexamen de mama en mujeres entre 20-54 años, Centro de Salud San Nicolás, 2010

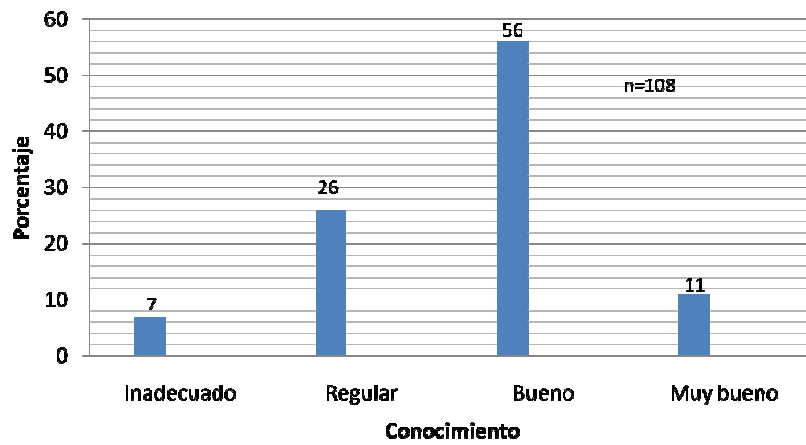


Fig. 2 Actitudes positivas con respecto al Autoexamen de mama en mujeres entre 20-54 años, Centro de Salud San Nicolas, Estelí, 2010

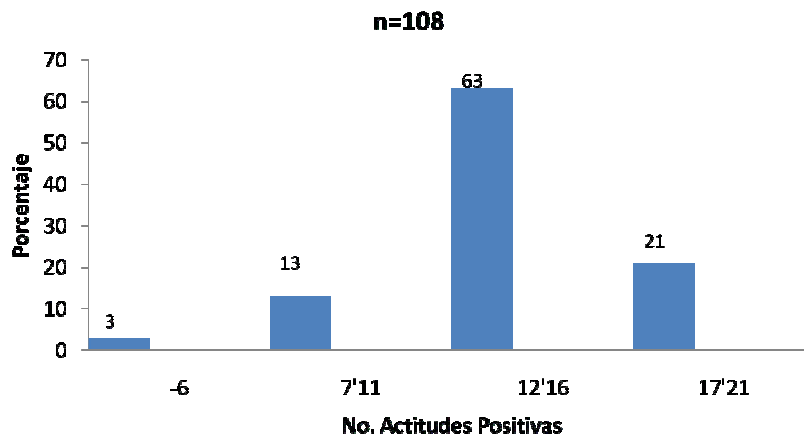


Fig. 3 Prácticas realizadas en la detección de cáncer de mama en mujeres entre 20-54 años, Centro de Salud San Nicolás, Estelí, 2010..

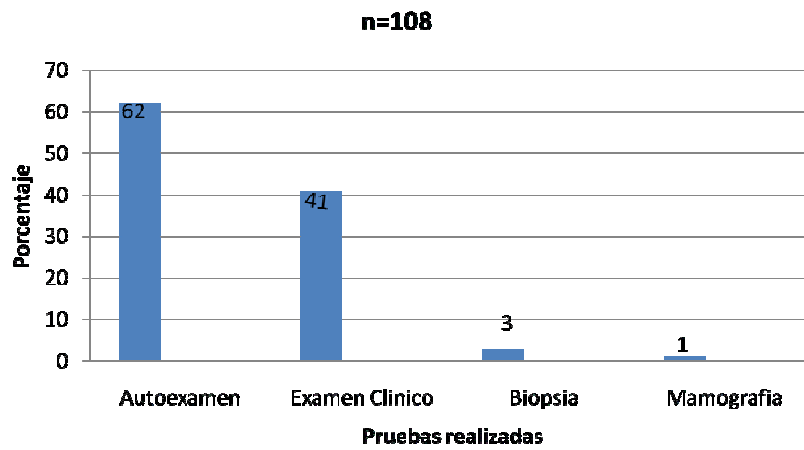
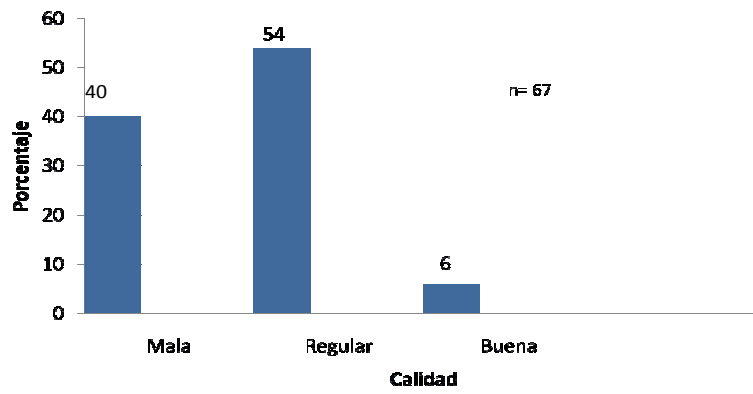


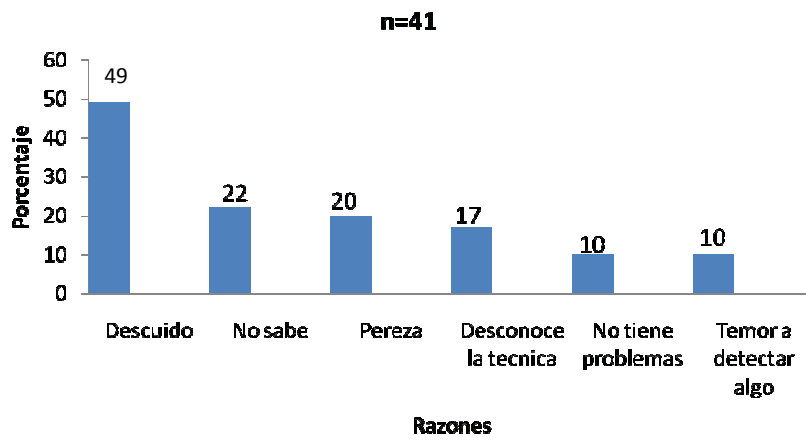
Fig.4 Calidad de la práctica del Autoexamen de mama en mujeres de 20-54 años, Centro de Salud San Nicolas, Esteli,2010



\* De las 108 mujeres solo 67 se realizaban el AEM con calidad.

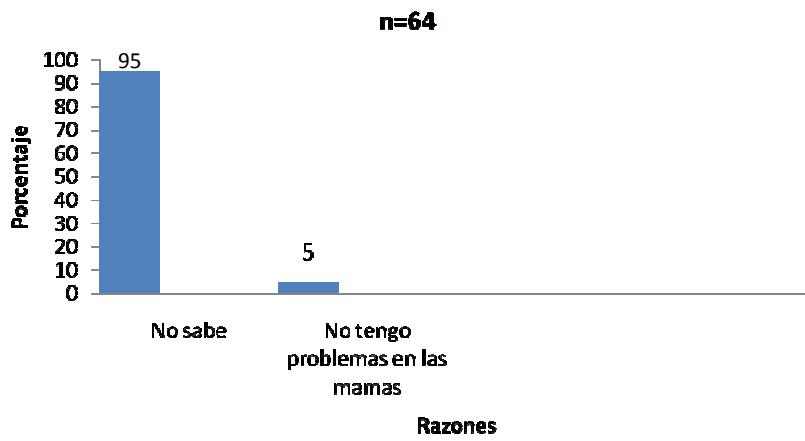


Fig.5 Principales razones para no realizarse el Autoexamen de mama en mujeres de 20-54 años, Centro de Salud San Nicolas, Esteli,2010



De las 108 entrevistadas 41 se realizaban el AEM

Fig.6 Razones para no realizarse el Examen Clínico de Mama en mujeres de 20-54 años, Centro de Salud San Nicolas, Esteli,2010



De 108 entrevistadas 64 no se realizaban el ECM