



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRÍA EN SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL AUTOEXAMEN DE
MAMA, EN ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO DE LA UNICA,
OCTUBRE - 2019**

AUTORA

ELIZABETT DEL SOCORRO GUEVARA

EGRESADA DE LA MSSR

TUTORA

MSSR. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

MANAGUA, ENERO – 2020

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES

DEDICATORIA

*A toda mujer abuela, madre, hija, hermana, prima, sobrina y familias, que se han visto
afectadas por el cáncer de mama.*

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

A la decanatura de la facultad de Ciencias Médicas, de la UNICA, por la apertura, coordinación y apoyo brindado, para llevar a cabo el presente estudio.

A las estudiantes de primer ingreso de las carreras de Medicina, Psicología, Pedagogía y Odontología de la UNICA, por su disposición para ser parte activa del presente trabajo.

OPINIÓN DEL TUTOR

De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2018, cada año en las Américas, más de 462,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad. Si las tendencias actuales continúan, para el año 2030, se prevé que el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama aumente en un 34% en las Américas.

En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres y es el segundo en mortalidad. Nicaragua presenta una muerte por cada 2,5 casos de cáncer de mama. Por ello una de las principales estrategias para la detección temprana es educando a las mujeres a realizarse autoexamen de mamas periódicamente.

Las investigaciones encaminadas a identificar brechas en el conocimiento, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas son de interés para fortalecer la promoción, prevención y detección temprana en la población universitaria, mejorando la calidad de vida de las mujeres.

El presente estudio realizado por la Dra. Elíza Bett del Socorro Guevara, aspirante al título, demuestra el arduo trabajo, disciplina y dominio en el proceso de investigación científica.

Felicito a la investigadora por este estudio, que será de utilidad para futuras investigaciones e insto a continuar desarrollando sus habilidades en el área de la investigación.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN

A pesar de la actual controversia, respecto a considerar y recomendar el autoexamen de mama (AEM), como método de cribado para la detección temprana del cáncer de mama, la Organización Mundial de la Salud, la sigue considerando como estrategia esencial, en los programas integrales de prevención, detección y control del cáncer de mama, sobre todo en países en vía de desarrollo, como lo es Nicaragua.

Este es un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el AEM, en universitarias de primer ingreso de la carrera de medicina, psicología, pedagogía y odontología de la UNICA, octubre 2019, con una muestra de 122, para un IC de más de 99%.

Entre los resultados el 19.7% tenía antecedente familiar de cáncer de mama; el 98.4% tenía conocimiento del AEM, valorado como bueno en su mayoría; el 55.8% conocía los síntomas sospechosos de cáncer de mama; entre el 51.0 – 91.0% identificaron los factores de protección y de riesgo. La mayoría mostró una actitud favorable. La práctica se dio en el 65.6%, siendo adecuada en más del 50.0%, aunque solo el 23.8% lo hacía mensual. Las debilidades en cuanto al conocimiento y práctica, se observaron en relación a la edad de inicio, la periodicidad y el momento idóneo para realizarse el AEM. La actitud menos favorable se vio hacia el personal de salud, en su rol sobre la promoción del AEM.

En resumen, el AEM sigue ocupando un lugar importante en la detección temprana del cáncer de mama, y debe ser incorporado en el auto-cuido de la mujer, particularmente en países con acceso limitado a otros métodos de detección, como Nicaragua.

Palabras claves: autoexamen de mama, cáncer de mama, detección temprana.

Contenido

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
OPINIÓN DEL TUTOR.....	v
RESUMEN	vi
Contenido.....	vii
1.1. Introducción.....	1
1.2. Antecedentes	3
1.2.1. Internacionales	3
1.2.2. Nacionales	10
1.3. Justificación.....	16
1.4. Planteamiento del problema	18
1.5. Objetivos	19
1.5.1. Objetivo General.....	19
1.5.2. Objetivos Específicos.....	19
1.6. Marco teórico	20
1.6.1. Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria.....	20
1.6.2. La Glándula Mamaria y la Mujer.....	23
1.6.3. Enfermedades de la Mama	25
1.6.4. Autoexamen de mama: controversia, en la detección del cáncer mamario...	33
1.6.5. Autoexamen de Mama: Técnica	44
CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLÓGICO	47
2.1. Tipo de Estudio	48
2.2. Universo.....	48
2.3. Muestra	49
2.3.1. Tamaño de la muestra	49
2.3.3. Criterios de inclusión	50
2.3.4. Criterios de Exclusión:.....	50
2.4. Técnicas y Procedimientos.....	51
2.5. Plan de Tabulación y Análisis.....	51
2.6. Enunciado de variables según objetivos	54
2.7. Operacionalización de variables.....	55
2.8. Aspectos Éticos	57
CAPÍTULO 3: DESARROLLO	58
3.1. Resultados	59
3.2. Análisis de los resultados.....	66
3.3. Conclusiones	77
3.4. Recomendaciones	78
CAPÍTULO 4: BIBLIOGRAFÍA.....	79
4.1. Lista de referencias	80
CAPÍTULO 5: ANEXOS	84
5.1. Cuadros y gráficos.....	85
5.2. Instrumento de recolección de datos	100

5.3. Escala de Tanner del desarrollo mamario	104
5.4. Anatomía de la mama adulta.....	105
5.5. Ficha técnica sobre prevención del cáncer de mama- OPS/OMS.....	106

1.1. Introducción

La salud, es con seguridad el bien máspreciado que posee una persona, pero sólo se percata de ello, cuando ésta se ve afectada.

Para gozar de buena salud, es preciso cuidarla, adoptando hábitos de vida saludables, que incluyen prácticas de reconocimiento del propio cuerpo, por ejemplo el autoexamen de mama (AEM).

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Entre las ENT, se ubican 4 tipos principales como son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer en sus diferentes manifestaciones, la diabetes y las neumopatías crónicas.(OMS, 2014)

Al mismo tiempo, las enfermedades no transmisibles entre las cuales se encuentra el cáncer, se consideran enfermedades catastróficas, al ser cuadros devastadores y casi siempre incurables, que tienen un alto impacto económico, requieren de muchos cuidados médicos, casi siempre paliativos, y de constante apoyo emocional al paciente y su familia. En conclusión la enfermedad puede considerarse catastrófica por su calamitosa naturaleza o por su costoso tratamiento.

El cáncer de mama es uno de los más de 100 tipos que existen, se ubica en el 5to puesto de mortalidad por cáncer en el mundo, con 571,000 muertes en 2015. A su vez, es el más común entre las mujeres en todo el mundo, observándose un incremento especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas. Por tal razón, la OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama mediante programas de control integral de las ENT, incluido el cáncer, con enfoque en la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. (OMS, 2018).

Muchos países de ingresos bajos y medios, entre ellos Nicaragua, actualmente afrontan una doble carga: el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años.

En este estudio, se enfocará el cáncer de mama desde la promoción del cuidado de la salud, en este caso de la mujer, partiendo de resaltar la importancia que tiene el autoexamen de mama (AEM), concebido como un hábito saludable, que permitirá a las mujeres conocer el aspecto y la estructura normal de sus mamas, de forma que ante cualquier alteración que se observen o se sientan, acudan de inmediato en búsqueda de atención profesional.

Esta simple práctica puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte de muchas mujeres en el mundo, principalmente en los países de bajos ingresos como Nicaragua, dado que el autoexamen de mama, sigue considerándose un método fundamental para la detección y diagnóstico precoz del cáncer mamario, sin embargo, existen evidencias de su pobre utilización e inadecuada práctica, por parte de las mujeres a nivel mundial, datos que serán expuestos en el acápite de antecedentes.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Carvalho Fernández, Silva de Oliveira y Ferreira Moura (2006), “*Práctica del autoexamen de mama por usuarias del sistema único de salud de Ceará*”, con el objetivo de verificar el conocimiento de las mujeres acerca del autoexamen de mamas y su importancia en la detección precoz del cáncer, así como analizar su práctica e identificar los motivos de su no realización; se realizó un estudio descriptivo y exploratorio en el período de enero a marzo de 2004. Se aplicó en tres unidades de salud de Ceará, se incluyó dos de la capital y una del interior. Se entrevistó 60 mujeres usuarias de los respectivos servicios y los datos se analizaron a partir de la estadística descriptiva. Los resultados mostraron que el 65% de las entrevistadas no conocían el autoexamen de mamas, el 55% de las mujeres consideraron hacérselo en algún momento, el 45% de ellas no se realizaron el autoexamen y los motivos fueron desconocimiento y olvido, entre otros. Se consideró que la realización de actividades encaminadas a mejorar la adhesión de las mujeres al autoexamen es necesaria en el contexto de los servicios estudiados, además de promover mecanismos capaces de motivar al cliente al autocuidado. (Carvalho Fernández Ana, 2006)

Páez-Esteban, Urrea-Vega, Contreras-Barrios y Díaz-Urquijo (2010), “*Conocimiento y frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes del área de la salud*”, tuvo como objetivo determinar cuáles son los conocimientos y la frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander (Bucaramanga, Colombia). Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal usando una encuesta

auto-administrada sobre conocimientos y factores de riesgo para el cáncer de mama en 248 estudiantes. Resultados: El conocimiento de factores de riesgo para cáncer de mama como tabaquismo y alcoholismo fue del 76,8% y del 69,2%, respectivamente; seguidos de la herencia, con un 66,8%. Saben poco acerca de los factores de riesgo relacionados con estados de hiperestrogenemia, como menarquía temprana (14,4%), menopausia tardía (7,6%), anticonceptivos hormonales (24,4%) y terapia de reemplazo hormonal (8%) durante más de cinco años, excepto para antecedentes personales de cáncer (57,3%). El 72,4% de las encuestadas no consume licor y el 12% fuma más de un cigarrillo al día. En cuanto a factores protectores, sólo un 30% se practica el autoexamen de mama mensualmente, un 34% consume frutas y verduras mínimo una vez al día, el 66,4% no evita alimentos que contengan grasa y colesterol y el 21% practica ejercicio. Conclusiones: Es necesario fortalecer la educación acerca de la prevención de cáncer de mama en las asignaturas de los programas del área de la salud y promover en las estudiantes la práctica de dicha prevención, a fin de intervenir factores de riesgo tanto para cáncer de mama como para enfermedades crónico-degenerativas y de promover estilos de vida saludables. (Páez-Esteban, Urrea-Vega, Contreras-Barrios, & Díaz-Urquijo, 2010)

Gutiérrez Delgadillo, Gutiérrez Flores, Gutiérrez Choque, Guzmán Delgadillo, Santander López (2012), *“Conocimiento, actitud y práctica del autoexamen mamario en mujeres estudiantes de medicina de la Universidad Mayor de San Simón Gestión 2011”*, el objetivo del trabajo fue determinar el grado de conocimiento, actitud y práctica, sobre el autoexamen de mama en las estudiantes de primero a quinto año de la Facultad de Medicina a través de un estudio descriptivo transversal. De un universo de 1050 estudiantes

de sexo femenino se definió una muestra de 200 estudiantes, 40 estudiantes por año de estudio. La herramienta utilizada para la recolección de datos fue una encuesta anónima de 13 preguntas. Resultados: De la mayoría de las encuestadas, 50,5% pertenecían al rango de edad entre 20-22 años, 91% de las encuestadas conocen el procedimiento del autoexamen, 71% practican el autoexamen, 99% piensa que es muy importante; el 44% se informó del mismo a través del personal de salud y el 63,4% prefiere realizar el autoexamen frente al espejo. Por lo tanto se concluye que existe un elevado nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama entre los encuestados, su actitud hacia él mismo es positiva, sin embargo la práctica es pobre. Estos datos podrían utilizarse para ofrecer o mejorar charlas académicas a los estudiantes y público en general sobre la importancia del autoexamen mamario en el diagnóstico temprano de patología mamaria. (Delgadillo et al., 2012)

Maza García María & Padilla Herrera Angelly (2014), *“Nivel de conocimiento de la prevención del cáncer de mama en los estudiantes de primer año de la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil”*, estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en el período de enero a mayo del 2014. Se aplicó en la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil, a alumnas del primer año de pregrado. Se encuestó a 82 mujeres y se realizó el procesamiento de datos a partir de la estadística descriptiva. Los resultados mostraron que el grupo etario de 18-24 años fue el de mayor porcentaje con un 79%, el 67% eran solteras, casadas el 22%, 7% en unión libre y 4% divorciadas. El 91% dice conocer acerca del cáncer de mama y un 9% no conoce. El 98% sabe que el cáncer de mama si es prevenible, versus el 2% que considera que no lo es. El 63% sin antecedentes familiares de cáncer de ningún tipo. Se cree que el cáncer es una enfermedad de gente

adulta mayor, ya que el 59% refiere que el autoexamen debería hacerse a los 50 años. El 88% de encuestadas dijo no saber realizarse el autoexamen de mamas, y el 12% dice si conocerlo. El 77% niega realizarse el autoexamen mamario, solo un 23% dice realizarlo cada mes. El 57% de encuestadas refieren tener conocimiento del tratamiento del cáncer de mama. Se recomendó la realización de actividades que lleven a mejorar la adhesión de las mujeres al autoexamen de mama, además de promover mecanismos capaces de motivar a las mujeres al autocuidado. (Maza García María, 2014)

Torres-Pabón et al., (2015) en el estudio “*Barreras asociadas a la realización del autoexamen de seno en mujeres de 18 a 50 años de edad*”, estudio descriptivo transversal, en 627 mujeres sanas entre los 18 y 50 años de edad, de Pamplona, Colombia, encontraron que cerca del 72 % de las mujeres acusaron no haberse practicado el autoexamen de mama en el último mes, y el 45 % en los últimos seis meses. Los modelos de regresión muestran que las mujeres pertenecientes al grupo etario de 30 a 39 años, las que no tuvieron asesoría por parte de un profesional de la salud y quiénes no presentaron antecedente familiar de cáncer de mama; se asociaron como barreras para el autoexamen de mama, concluyéndose que la realización del autoexamen de mama en la población estudiada fue baja. (Torres et al., 2015)

Bell Santos - Oduardo Pérez (2015), “*Autoexamen de mama en mujeres de la comunidad 19 de abril, del municipio venezolano de Guanare*” se efectuó un estudio observacional y descriptivo de 233 mujeres venezolanas de la comunidad 19 de abril del municipio Guanare, estado Portuguesa, desde enero hasta marzo del 2012, a fin de caracterizar a estas féminas según aspectos relacionados con el autoexamen de mama.

Entre las variables analizadas figuraron: edad, fuentes de información sobre la autoexploración mamaria, práctica e importancia de este autoexamen. En la casuística predominaron el grupo etario de 40-49 años (28,3 %), las pacientes que realizaban la técnica de forma incompleta (74,1 %) y las que no ejecutaban este proceder (75,1 %). Entre las principales fuentes de información sobresalieron: promoción gráfica, familiares y amigos. La realización de estos exámenes de manera preventiva permite mejorar la calidad de vida y, en un porcentaje elevado, la curación de afecciones mamarias. (Bell Santos & Oduardo Perez, 2015)

Carrillo-Larco et al., (2016), en su estudio "*Nivel de conocimiento y frecuencia de autoexamen de mama en alumnos de los primeros años de la carrera de Medicina*", realizado en una universidad privada de Lima, Perú, siendo de corte transversal descriptivo, con la participación de 281 estudiantes, arrojó los siguientes resultados: El 89,7% de los participantes había oído del autoexamen de mama; el 21,0% lo practicaba y el 41,0% de ellos lo hacía mensualmente. En términos de conocimiento, la media fue $6,8 \pm 1,8$ puntos; solo el 1,0% alcanzó el puntaje máximo de once puntos. Conclusiones: La práctica del autoexamen es baja; pero parece haber un conocimiento aceptable. Es importante enfocar el esfuerzo de las intervenciones en promover la práctica de este método de tamizaje temprano. (Carrillo-Larco, Espinoza-Salguer, Avilez, & Osada, 2016)

Lapeira Panneflex, P., Acosta Salazar, D., & Vásquez Munive, M. (2016). En el estudio "*Significado social atribuido a los senos y su influencia en el autocuidado en jóvenes de la Universidad de Magdalena*", se usó una metodología cualitativa y se recogió la información a través de una entrevista semiestructurada; fueron entrevistadas 31

estudiantes y, finalmente, para este reporte, se seleccionó una muestra representativa, de 18 estudiantes. Resultados: se identificaron tres categorías de estudio: significado de los senos, cuidados de los senos y aceptación de los mismos. Algunas manifiestan, dentro de los cuidados, el autoexamen de mamas, aunque no tienen claro en qué etapa del ciclo realizarlo. Se encontró similitud con lo descrito en otros estudios en cuanto a que las mujeres coinciden en afirmar que los senos son parte fundamental en la condición de ser mujer porque los vinculan con significados como fertilidad, nutrición, relación entre madre e hijo y atractivo sexual. Conclusiones: los senos femeninos han sido considerados como sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, reproducción y afectividad, por lo que su deformación o pérdida es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la feminidad, o de ambos. Esta situación acarrea cambios en la imagen corporal, disminución de la autoestima y sentimientos de inseguridad, depresión y ansiedad. Las mujeres entrevistadas perciben los senos como característica particular y representativa de su feminidad y sienten miedo cuando piensan que, si por algún motivo, les llegaran a faltar, no serían las mismas personas, se sentirían incompletas, tristes, bajaría su autoestima y limitarían la exposición de esta parte del cuerpo. Cuando se interroga sobre el autocuidado como medio para detectar a tiempo lesiones en los senos, algunas manifestaron que encontrarse cualquier lesión les daría miedo y les causaría sufrimiento, y otras que los hallazgos del autoexamen podrían evitarles problemas mayores. Sin embargo, ninguna tiene esta autoexploración como una conducta de manejo preventivo de la salud, establecida como rutina mensual. (Lapeira Panneflex, Acosta Salazar, & Vásquez Munive, 2016)

Meneses-Echávez et al., (2018), en el trabajo “*Creencias y conocimientos relacionados a la práctica del autoexamen de mama en mujeres universitarias de Colombia*”, estudio descriptivo transversal, en 628 mujeres universitarias entre 18 y 30 años de edad, de Bogotá, Colombia, encontraron que solo el 11,3% de las mujeres acusaron practicarse el AEM mensualmente en los últimos 12 meses, concluyéndose que la práctica del AEM en la población estudiada fue baja, y el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer se asociaron positivamente con la práctica del AEM. Este valor de 11,3% de las mujeres bogotanas que se realizaron el AEM mensualmente en los últimos 12 meses, fue superior al encontrado por Al-Sharbatti et al., en mujeres universitarias de Arabia Saudí (3 %) en el último mes. En mujeres de Malasia, la prevalencia mensual del AEM fue de 48 %, hallazgo inferior al encontrado recientemente por Akhtari Zavare et al., en universitarias (29 %). En Medio Oriente, el 25 % de las mujeres no se había practicado la técnica en los últimos 12 meses, y solo 7 % acusó realizarlo en los últimos 30 días del estudio. En Sudamérica un estudio peruano, en el año 2008, mostró que tan solo una tercera parte (34,6 %) de las mujeres entre 20 y 49 años practicaba el AEM, mientras que 42,4 % acusó conocer la técnica exploratoria. En Colombia, el estudio de Cerquera et al., con población adolescente, mostró que un 18 % de las encuestadas se practicaba el AEM mensualmente, mientras que Manrique et al., y Martínez-Torres et al., encontraron una prevalencia de realización de 28% en mujeres de 19 a 59 años y 55% en mujeres de 18 a 29 años, respectivamente. (Meneses-Echávez et al., 2018) La práctica del AEM como factor promotor de la detección temprana del cáncer, resulta clave en países en vía de desarrollo. En Colombia, Piñeros et al., muestra que cerca del 70% de los casos de cáncer de mama

son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad y sólo el 39% de las mujeres examinan sus senos mensualmente, resaltando la necesidad de un abordaje integral y oportuno en la prevención temprana de esta neoplasia.(Meneses-Echávez et al., 2018).

1.2.2. Nacionales

Pérez Molina Yajaira - Jirón Mendiola Karla (2011), “*Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas, en mujeres de El Regadío, municipio de Estelí – 2010*”, estudio descriptivo transversal, con una muestra de 150 mujeres, resultados indican que el 90% (135) tenían algún conocimiento sobre el AEM; de éstas el 92% refieren que su utilidad era la detección de cáncer o tumoraciones; el 91% consideró que se lo deben realizar todas las mujeres; el 50% consideró que el cáncer a veces se cura; el 80% refirió la tumoración como principal síntoma; no haber tenido hijos (90%), antecedente familiar de cáncer de seno (75%), y edad avanzada (60%), fueron los factores de riesgo más identificados; Un 72 % (108), refirió haberse examinado sus pechos; de éstas, el 41.6 % (45) lo hace para prevenir cáncer y el 19.4% (21) porque se ha detectado masas; el 58.3% se lo realiza cada mes; en el 100% la práctica del AEM fue incompleta, siendo la palpación en forma de manecillas del reloj, en posición vertical, la práctica más frecuente con 58.3% de cumplimiento. De las 42 mujeres que no se realizan el AEM, el 42.8 % se debe a falta de interés y el 21.4 %, creen que no tienen nada y no les da curiosidad.(Pérez Molina Yajaiira, 2011)

El Nuevo Diario, edición del 26-09-2012, en reportaje sobre el cáncer de mama, el oncólogo Roberto Ortega, refiere que en Nicaragua, cada año son diagnosticados 500 casos nuevos de cáncer de mama y aseguró que actualmente son mujeres jóvenes entre 28 – 35

años, las más afectadas, y por ello conviene que a partir de los 18 años, tengan la práctica de realizarse un autoexamen, para detectar tempranamente, cualquier anomalía en sus senos. “Tenemos un problema muy grave y hay que enfrentarlo, pero también diagnosticarlo tempranamente con educación”, señaló Ortega, director de la clínica de la Fundación Ortiz-Gurdián, donde se atienden unas 500 mujeres con la enfermedad.

“La detección temprana no tiene ningún costo, y una se lo puede hacer en la propia casa frente al espejo o bañándose. Literalmente, nos puede salvar la vida, y vamos conociendo nuestro propio cuerpo”, enfatizó la directora ejecutiva de la Fundación Ortiz-Gurdián, Ana Margarita Ortiz. (El Nuevo Diario, 2012)

Martínez Mondragón Reyna, Espinal Bonilla Angélica & Berríos Morales Karla (2012), “*Conocimiento y práctica de las mujeres en edades de 20 a 35 años, acerca del autoexamen de mamas, en el área de ginecología del centro de salud Sócrates Flores Vivas III trimestre - 2012*”, estudio descriptivo, transversal, con una muestra por conveniencia de 15 mujeres. Resultados indican que el 73.3 % (11), tenían conocimiento sobre el AEM, conocimiento a su vez adquirido en el centro de salud; mientras un 20 % (3) fue en los medios de comunicación y el 6.7% (1) no tiene ninguna información. El 80 % (12) conocen la importancia del auto examen de mamas y el 20%(3) no lo conocen. El 33 % (5) se ha realizado el auto examen de mamas y el 66.7 % (10) nunca se lo ha realizado. El 40 % (6) realizaba el auto examen de mama, antes de la menstruación para detectar anomalías; el 20 % (3) después de la menstruación y el 40 % (6) no tomaba en cuenta el ciclo menstrual.(Martínez Mondragón Reyna & Espinal Bonilla Angélica & Berríos Morales Karla, 2012)

Carvajal Centeno Gema - Castellón Chicas María (2013). *“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mama en la detección precoz de cáncer de mama, que tienen las mujeres que asisten a Centros de Salud de la ciudad de León en el período Marzo-Octubre del 2010”*, estudio de tipo corte transversal mediante encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAPS), la población de estudio estuvo conformada por 252 mujeres de las cuales se seleccionaron 84 mujeres de cada centro divididas equitativamente; 52 mujeres no habían escuchado sobre autoexamen de mama, trabajando con un total de 200 mujeres. Resultados: En cuanto al nivel de conocimiento el 61% no sabe sobre autoexamen de mama, y el 76.5% tuvo una actitud positiva hacia el autoexamen de mama, el 67.5% de las mujeres tuvo práctica del autoexamen de mama, pero el nivel de práctica fue inadecuada con un 61.5 %. Conclusiones: se identificó que las mujeres encuestadas no tenían conocimiento correcto sobre autoexamen de mama, según las variables estudiadas, predominando las actitudes positivas, pero identificando una práctica inadecuada, fundamentalmente relacionada a la técnica del autoexamen de mama, y la frecuencia de la realización del mismo.(Carvajal Centeno Gema, 2013).

Calero Salinas, Grece Eliett (2015) *“Conocimientos, actitudes y prácticas con relación al autoexamen de mamas en mujeres mayores de 18 años que asisten a la consulta externa de Ginecología del Hospital Carlos Roberto Huembes, Octubre 2015”*, se encuestó a 120 mujeres, obteniendo los siguientes resultados: la mitad de la población encuestada era mayor de 30 años. Tres cuartas partes procedían del sector urbano. Poco más de la mitad tenía pareja estable. La mayoría tenía educación básica o media, solo una cuarta parte tenía educación superior. La mitad de las encuestadas eran operarias de zona franca, una

cuarta parte era ama de casa con un 24.2% y solo una quinta parte era oficinista o ejecutiva. En cuanto a los conocimientos sobre el autoexamen de mama, se observó que entre el 50 y 60% sabían para qué sirve el autoexamen de mama y quién debe realizárselo, pero solo entre el 20 y 30% sabía cuándo y cómo debe realizarse. En resumen, con respecto a los conocimientos evaluados en las encuestadas, el 23.3% de ellas sabía qué es el autoexamen de mama. (Calero, 2015).

El diario La Prensa, edición del 02-10-15, en entrevista realizada al Director Médico de la Fundación Ortiz Gurdíán en Nicaragua, dedicada desde el 2003 a tratar el cáncer y desde el 2010 exclusivamente el cáncer de mama, refiere que antes el grupo en el que se presentaba el mayor número de casos de cáncer de mama era de 45 a 65 años, pero ahora se habla a nivel internacional de mujeres menores de 35 años, señalando que aproximadamente de un total de 400 pacientes activas que atiende la Fundación en el país, alrededor de 40 (10%) de ellas, son mujeres menores de 35 años e incluso han atendido a pacientes que tienen menos de 20 años. “Nosotros, tenemos pacientes que se les ha diagnosticado cáncer de mama a los 18 años, 19 años y 21 años. Entonces esa es una realidad, el cáncer de mama se está presentando en mujeres cada vez más jóvenes”, refirió Ortega, director médico de la Fundación Ortiz Gurdíán. (La Prensa, 2015).

El Nuevo Diario, edición del 14-10-2015, en reportaje sobre el cáncer de mama, María Lourdes Rodríguez, directora ejecutiva del Centro de Mujeres IXCHEN, refiere que en Nicaragua, la mortalidad por esta causa alcanza el 8%, pero el país podría lograr una tasa de cero, si la población toma conciencia sobre la necesidad del autoexamen de mama, la cita ginecológica y la mamografía, como formas de prevención y detección temprana.

Rodríguez aclaró que esa tasa de mortalidad del 8%, corresponde a los casos detectados por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), entidad que cada año registra alrededor de 145 casos nuevos, entre sus aseguradas y beneficiarias, mientras en los centros de IXCHEN se detectan entre 1 – 2 casos cada mes. “Aunque la mayoría afectada, son mujeres entre 35 y 50 años, ya en los últimos años, estamos viendo que hay mujeres que antes de los 35 y a partir de los 23 años, son diagnosticadas con cáncer de mama”, señaló Rodríguez. (El Nuevo Diario, 2015).

Hernández Valenzuela, Adriana del S.; Obregón Silva, Johanna Karina y Paguaga Hernández, Nicté Carolina (2018), en su estudio “*Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Autoexamen de Mamas que tienen las mujeres en edad fértil atendidas en la Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, en el III trimestre, 2017*”, estudio descriptivo transversal, con una muestra de 100 mujeres en edad fértil (15-44 años), elegidas aleatoriamente y que cumplieran con criterios de inclusión y exclusión. Se realizó una encuesta anónima de 44 enunciados, en la que se utilizó la escala modificada tipo Likert. Los resultados encontrados en el estudio mostraron que la mayoría de las encuestadas tenían una edad entre 35 a 44 años, con educación media, casadas, procedentes del área urbana y católicas. La principal fuente de información sobre el autoexamen de mamas es el personal de salud. Las actitudes hacia el autoexamen de mamas son positivas en un 100%, pero el conocimiento que tienen es 78% malo. La calidad de la práctica fue con riesgo en un 89%. Se concluyó que a pesar de haber recibido información sobre el autoexamen de mamas, y pese a que sí, se ha logrado romper con tabúes impuestos por la

sociedad en torno a su realización, no cuentan con los conocimientos suficientes, por lo tanto no realizan la técnica adecuada. (Hernández et al., 2018).

1.3. Justificación

Aun cuando el autoexamen de mama, en sí mismo no es un método de prevención del cáncer mamario, la evidencia ha demostrado que la práctica habitual de éste, es una herramienta útil, para empoderar a las mujeres en el conocimiento de su cuerpo y en el cuidado de su salud ante el cáncer de mama, de forma tal, que dicha práctica puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de muchas mujeres a nivel mundial.

El autoexamen de mama, impulsado desde los años 50 como un método de pesquisa ante el cáncer de mama, actualmente tiene sus detractores, sin embargo muchos autores y expertos en cáncer de mama, así como la OMS, le siguen dando un papel importante dentro de los programas de prevención y detección precoz para el control del cáncer de mama, particularmente en comunidades de países en vía de desarrollo, en donde no se cuenta con otros medios de tamizaje para hacer un diagnóstico temprano, y donde más del 50% de los casos, son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, por tanto el AEM, es quizás la primera y única forma de detección precoz a la que pueden acceder muchas mujeres en estos países, dado que los programas de detección mamográfica son muy caros, y solo resultan viables en países con una buena infraestructura sanitaria, donde se puedan costear programas a largo plazo.

La mayoría de los tumores de mama son descubiertos por las propias mujeres, aunque no necesariamente mediante una autoexploración formal. El componente fundamental de la concientización sobre la salud mamaria es “conocer el propio estado normal”, así como los síntomas más frecuentes asociados al cáncer de mama, como las masas y los engrosamientos, y comprender que la evaluación inmediata y la detección

temprana mejoran el desenlace clínico. Igualmente los profesionales de la salud, deben estar preparados para educar a las mujeres acerca de los factores de riesgo y los signos y síntomas del cáncer de mama, como parte de la concientización sobre la salud mamaria. (OMS, 2015)

Nicaragua es un país de bajos ingresos y como tal comparte el perfil de estos países en relación al cáncer de mama. Datos estadísticos del Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2017 y 2018, reportaron 206 y 216 casos de muerte por cáncer de mama en cada uno de estos años, incluido el caso de un hombre en el año 2018. Estas cifras representaron un 7% y 8% respectivamente de todas las muertes por cáncer, manteniéndose el cáncer de mama, como la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer nicaragüense, desde hace más de 3 décadas, diagnosticándose cada año alrededor de 500 nuevos casos. (MINSAL, 2018).

Partiendo de la información citada, y de que en Nicaragua, se han reportado casos de cáncer de mama, inclusive en mujeres de 18 años de edad; con este estudio se quiere investigar cuál es el conocimiento, actitud y práctica, que jóvenes universitarias de la UNICA, tienen ante el autoexamen de mama, y en dependencia de los resultados impulsar una campaña educativa, encaminada a hacer del autoexamen de mama, un hábito saludable en el cuidado de la salud de las mujeres.

1.4. Planteamiento del problema

Siendo que el cáncer de mama, hoy día, sigue teniendo un gran impacto como causa de morbimortalidad en las mujeres a nivel mundial; la tendencia a incrementar su incidencia, en mujeres cada vez más jóvenes – en Nicaragua, ya se tiene reporte de casos en edades entre 18 y 21 años-, obliga a los países y a las personas en su carácter individual, a asumir responsabilidades, y poner en práctica las diferentes estrategias orientadas a contener este problema de salud. Una de estas estrategias, es la concientización y el conocimiento sobre los factores de riesgo, signos y síntomas relacionados con el cáncer de mama, así como la importancia de que cada mujer conozca la normalidad de sus senos, lo cual se logra, a través del aprendizaje y puesta en práctica del autoexamen de mama, que sigue considerándose un método fundamental para la detección de anomalías, que pudieran tener un carácter maligno, y que con un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, cambiaría el desenlace clínico de esta enfermedad, potencialmente mortal.

Cabe destacar que a nivel de MINSA, el examen clínico de mama, así como la promoción del AEM, son estrategias del programa de prevención y control del cáncer de mama, sin embargo, la evidencia citada en los antecedentes mostró, que la práctica adecuada y mensual del AEM, aún dista mucho de ser un hábito de cuidado en la mayoría de las mujeres, y también, de ser una práctica rutinaria por parte del personal de salud, donde la revisión de mamas tiene que ser demandada por la usuaria que acude a la unidad de salud. Por ello, con este estudio se pretende determinar ¿cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas, que tienen en relación al AEM, las estudiantes de primer ingreso de la carrera de medicina, psicología, pedagogía y odontología de la UNICA?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas, en estudiantes universitarias de primer ingreso de la carrera de medicina, psicología, pedagogía y odontología de la UNICA, octubre 2019.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas del grupo en estudio.
2. Indagar el conocimiento sobre el autoexamen y cáncer de mama, que tiene el grupo en estudio.
3. Conocer la actitud en relación al autoexamen de mama, que tiene el grupo en estudio.
4. Determinar la práctica con respecto al autoexamen de mama, que tiene el grupo en estudio.

1.6. Marco teórico

1.6.1. Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria

Durante el desarrollo intrauterino, la primera manifestación de las glándulas mamarias se presenta en forma de un engrosamiento a manera de banda en la epidermis, la línea mamaria o pliegue mamario. Al final de la vida intrauterina los brotes epiteliales se canalizan y forman los conductos galactóforos, mientras que las evaginaciones constituyen los conductos de menor calibre y los alveolos de la glándula.

La glándula mamaria comienza a desarrollarse en la pubertad, bajo el estímulo de los estrógenos de los ciclos menstruales que despiertan el crecimiento de la glándula, y además favorecen el depósito de grasa, que aumenta el volumen de las mamas. Cabe señalar, que el desarrollo de la glándula mamaria tiene diferentes etapas, conforme se va dando la maduración sexual, a través del desarrollo físico de las niñas. (Anexo 5.3 Escala de Tanner).

La mama en reposo consta de entre seis y diez sistemas principales de conductos, cada uno de los cuales, está dividido en lobulillos; las unidades funcionales del parénquima mamario. Cada sistema ductal drena a través de una vía excretora independiente o seno lactífero. Las sucesivas ramificaciones de los conductos galactóforos en dirección distal terminan en los conductos terminales. Antes de la pubertad, el complejo sistema de conductos ramificados terminan en fondos ciegos, pero al comienzo de la menarca, prolifera distalmente, formando unos treinta conductillos revestidos de epitelio. Cada conducto terminal y su conductillo componen las unidades lobulillares ductales terminales. La areola, el pezón y las desembocaduras de los conductos galactóforos principales, están

revestidos de epitelio escamoso estratificado. El revestimiento de los conductos mamarios principales, se convierte en un epitelio columnar pseudo estratificado y después en un epitelio cuboidal de dos capas. Por debajo del epitelio de revestimiento, más prominente, puede verse una capa baja de células aplanadas (células mioepiteliales). Estas células contienen miofilamentos, orientados paralelamente al eje largo del conducto. Siguiendo exactamente el contorno de los conductos y conductillos existe una membrana basal. Los lobulillos están incluidos en un estroma laxo, delicado, mixomatoso que contiene linfocitos dispersos (tejido conectivo intralobulillar), y cada uno de los lobulillos está incluido en un estroma interlobulillar más denso, colagenoso y fibroso.

La mama ocupa la región mamaria, situada en la parte lateral y superior de la pared anterior del tórax. Se consideran en ella una cara posterior, una cara anterior y una circunferencia. La cara posterior, más o menos plana está en relación con el pectoral mayor, y el gran dentado por la fascia superficial y de tejido de consistencia variable. La cara anterior, convexa en toda su extensión y en la parte media presenta la areola y el pezón.

La mama se irriga por arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales. Las venas que nacen de las redes capilares, forman también una red subcutánea que, al nivel de la areola, se disponen en forma circular y origina el círculo venoso de Haller.

Los vasos linfáticos tienen su origen en redes cutáneas, redes glandulares y en los linfáticos de los conductos galactóforos. Los nervios de la glándula mamaria, proceden de los cinco intercostales correspondientes, del supraclavicular y del plexo cervical

superficial. Se distribuyen por la piel y los músculos areolares, así como por los vasos sanguíneos y por la misma glándula. (Anexo 5.4: Anatomía de la mama adulta).

En cada ciclo menstrual, la mama se afecta al igual que el endometrio. Después de la menstruación, el aumento progresivo de los estrógenos, las células ductales y ductulares comienzan a proliferar y continúan desarrollándose durante todo el ciclo menstrual. Durante la fase secretora del ciclo menstrual, bajo la influencia de la progesterona, aumenta la proliferación de la estructura de los conductos terminales y existe vacuolización y aumento de la actividad mitótica de las células epiteliales basales. Las células del estroma proliferan y, además existe edema del estroma. Este efecto combinado del estrógeno y de la progesterona sobre los elementos intralobulillares de la mama, son la causa de la sensación de tumefacción que experimentan las mujeres en la fase premenstrual del ciclo. Cuando ocurre la menstruación, la caída de los niveles del estrógeno y progesterona va seguida de descamación de las células epiteliales, atrofia del tejido conectivo intralobulillar, desaparición del edema del estroma, y de una disminución generalizada del tamaño de los conductos y de los brotes glandulares.

Solo al comienzo del embarazo, la mama completa su maduración y su actividad funcional. De cada brote glandular, surgen numerosas glándulas secretoras verdaderas, formando como racimos de uvas; como consecuencia, existe una reversión de la relación estroma-glándula habitual, de forma que, al final de la gestación, la mama está casi totalmente compuesta por glándulas separadas por una cantidad relativamente escasa de estroma. Las glándulas secretoras están revestidas de células cuboidales, y en el tercer trimestre de gestación, se encuentran en el interior de las células, vacuolas secretoras de

material lipídico, e inmediatamente después del nacimiento comienza la secreción de leche, dando paso a la función nutricional, que desde el punto de vista anatómico y fisiológico tiene esta glándula. Después de la lactación, las glándulas regresan y se atrofian de nuevo, los conductos se achican y el tamaño total de la mama disminuye.

Durante el climaterio, la mama sufre de manera progresiva, muchas veces asintomática, la carencia de la actividad hormonal. Los lobulillos pueden llegar a desaparecer en mujeres muy ancianas, dejando solo conductos para formar un patrón similar a la del hombre. En muchas ocasiones queda suficiente estímulo estrogénico, posiblemente de origen suprarrenal o de conversión periférica, para mantener los vestigios de los lobulillos. (Secretaría de salud, Direcci, Reproductiva, No, Delegaci, & Hidalgo, 2002).

1.6.2. La Glándula Mamaria y la Mujer

La mama además de la función nutricia concebida en su especie, a través de la historia ha tenido diferencias en el significado social y simbólico de los senos femeninos; la mama ha sido considerada sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, reproducción o afectividad, de acuerdo con el punto de vista social y las formas de interpretación masculina del cuerpo femenino. Los valores en los que se desenvuelve la mujer actual, particularmente en las culturas occidentalizadas, destacan la importancia de su aspecto físico y de su potencial de atracción sexual. Este hecho, que se ha acentuado más en las últimas décadas a través de publicidad erótica, ha llevado a considerar el cuerpo femenino como objeto comercial, al que hay que manipular para venderlo, es decir, se trata de algo palpable que posee influencia comercial y, por lo tanto, es susceptible de ser comprado y

vendido. Este énfasis promocional y social depositado en el cuerpo y en especial en los senos como atributo sexual de la mujer es, para la mayoría de ellas, un motivo de gran aprensión y ansiedad, en cuanto a las condiciones estéticas del mismo. En consecuencia, se ha generalizado la idea de que la deformación o pérdida de un seno, es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la feminidad, o de ambos. Así mismo, produce un cambio en la imagen corporal, disminución de la autoestima y sentimientos de inseguridad, depresión y ansiedad, porque se concibe que los senos son los principales cimientos en los que se asienta la imagen femenina en nuestra sociedad. Por el valor atribuido socialmente a los senos, las mujeres sienten temor frente a cualquier hallazgo que implique enfermedad en las mamas, por cuanto lo asocian con sufrimiento, muerte, pérdida del entorno familiar, afectación del erotismo y baja autoestima o rechazo como objeto de deseo. Esto coincide con otros estudios, en los que se demuestra la importancia que tiene para la autoestima e imagen corporal, la satisfacción con los senos que impactan, además la calidad de vida de la mujer. Este significado de sensualidad, belleza y femineidad, es lo que en múltiples ocasiones, sirve de estímulo a las mujeres para realizarse el autoexamen de mama, a expensas del miedo a la pérdida o al hallazgo de cualquier condición de anormalidad. Esto es congruente con que, en muchos casos de cáncer de mama, el diagnóstico médico se efectúa después de que las afectadas hayan identificado un endurecimiento en el pecho. Se sabe, además, que realizarse el autoexamen de mama empodera a las mujeres y las responsabiliza de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia del estado de bienestar en ellas. (Lapeira Panneflex et al., 2016).

1.6.3. Enfermedades de la Mama

De forma general, las enfermedades o alteraciones de la mama, se clasifican en benignas y malignas. Las enfermedades benignas abarcan más del 80% de la patología mamaria. La enfermedad benigna de la mama puede tener su causa en trastornos del desarrollo (congénito), en alteraciones fisiológicas, en procesos inflamatorios y reactivos, en procesos infecciosos específicos, en efectos secundarios post tratamiento con radioterapia, quimioterapia u hormonas, y a lesiones proliferativas benignas (tumores benignos). (Secretaría de salud, Direcci et al., 2002)

La enfermedad maligna de la mama, corresponde a un 20% de la patología mamaria y está dada por el cáncer.

El CDC, en su última revisión, señala que el cáncer es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen distintos tipos de cáncer de mama. El tipo de cáncer de mama depende de qué células de la mama se vuelven cancerosas, pudiendo comenzar en distintas partes de la mama.

Las mamas constan de tres partes principales: lobulillos, conductos y tejido conectivo. Los lobulillos son las glándulas que producen leche, los conductos son los tubos que transportan la leche al pezón. El tejido conectivo (formado por tejido fibroso y adiposo) rodea y sostiene todas las partes de la mama. La mayoría de los cánceres de mama comienzan en los conductos o en los lobulillos. El cáncer de mama puede diseminarse fuera de la mama a través de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. Cuando el cáncer de mama se disemina a otras partes del cuerpo, se dice que ha hecho metástasis.

Los tipos más comunes de cáncer de mama son:

Carcinoma ductal infiltrante. Las células cancerosas se multiplican fuera de los conductos e invaden otras partes del tejido mamario. Estas células cancerosas invasoras también pueden diseminarse, o formar metástasis, en otras partes del cuerpo.

Carcinoma lobulillar infiltrante. Las células cancerosas se diseminan de los lobulillos a los tejidos mamaros cercanos. Estas células cancerosas invasoras también pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.

Existen otros tipos de cáncer de mama menos comunes, tales como la enfermedad de Paget, el cáncer de mama medular, el cáncer de mama mucinoso y el cáncer de mama inflamatorio.

Carcinoma ductal in situ es una enfermedad de las mamas que puede llevar a cáncer de mama. Las células cancerosas se encuentran únicamente en la capa que cubre los conductos y no se han extendido a otros tejidos de la mama.

Los signos de advertencia del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona. Algunas personas no tienen ningún tipo de signos o síntomas. Las señales de advertencia del cáncer de mama pueden ser:

Un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo).

Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama.

Irritación o hundimientos en la piel de la mama.

Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama.

Hundimiento del pezón o dolor en esa zona.

Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre.

Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama.

Dolor en cualquier parte de la mama.

Debe tenerse en cuenta que estos signos de advertencia, pueden darse con otras afecciones que no necesariamente son cáncer.

También debe considerarse, que no existe un solo tipo de mama. Lo que puede ser normal en usted, tal vez no lo sea en otra mujer. La mayoría de las mujeres dicen que sienten bultos o superficies irregulares en las mamas. La manera en que las mamas se ven y se sienten también puede ser afectada por la menstruación, la maternidad, subir o bajar de peso, y por ciertos medicamentos. Así mismo, las mamas tienden a cambiar con la edad.

Algunos estudios han demostrado que el riesgo de tener cáncer de mama se debe a una combinación de factores. Los principales factores que influyen en el riesgo de una persona incluyen ser mujer y hacerse mayor. La mayoría de los cánceres de mama se detectan en mujeres de 50 años o más.

Algunas mujeres tienen cáncer de mama aunque no tengan ningún otro factor de riesgo conocido. Tener un factor de riesgo, no significa que la persona tendrá la enfermedad, y no todos los factores de riesgo tienen el mismo efecto. La mayoría de las mujeres tienen algunos factores de riesgo, pero esta mayoría de mujeres con factores de riesgo, no tienen cáncer de mama.

Factores de riesgo que no pueden cambiar

Hacerse mayor: el riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad; la mayoría de los cánceres de mama se diagnostica después de los 50 años de edad.

Mutaciones genéticas: cambios (mutaciones) heredados en ciertos genes, tales como en el BRCA1 y el BRCA2. Las mujeres que han heredado estos cambios genéticos tienen mayor riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario.

Historial reproductivo: el inicio temprano de la menstruación, antes de los 12 años de edad y comienzo de la menopausia después de los 55 años de edad, exponen a las mujeres a hormonas por más tiempo, lo cual aumenta el riesgo de cáncer de mama.

Tener mamas densas: las mamas densas tienen más tejido conjuntivo que tejido adiposo, lo cual, a veces, puede hacer difícil la detección de tumores en una mamografía. Las mujeres con mamas densas tienen más probabilidades de tener cáncer de mama.

Antecedentes personales de cáncer de mama o ciertas enfermedades de las mamas que no son cancerosas: las mujeres que han tenido cáncer de mama tienen mayores probabilidades de tener esta enfermedad por segunda vez. Algunas enfermedades de las mamas que no son cancerosas, como la hiperplasia atípica o el carcinoma lobulillar in situ, están asociadas a un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

Antecedentes familiares de cáncer de mama: el riesgo de una mujer de tener cáncer de mama es mayor si su madre, una hermana o una hija (parientes de primer grado) o varios integrantes de la familia por el lado paterno o materno, han tenido cáncer de mama. Tener un pariente de primer grado de sexo masculino con cáncer de mama, también aumenta el riesgo para la mujer.

Tratamientos previos con radioterapia: las mujeres que han recibido radioterapia en el pecho o las mamas antes de los 30 años de edad (por ejemplo, para el tratamiento del linfoma de Hodgkin), tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de mama más adelante en la vida.

También tienen mayor riesgo, las mujeres que tomaron el medicamento dietilestilbestrol, que se les administró a algunas mujeres embarazadas en los Estados Unidos, entre los años 1940 y 1971, para prevenir el aborto espontáneo. Las mujeres cuyas madres tomaron dietilestilbestrol cuando estaban embarazadas de ellas, también tienen riesgo.

Factores de riesgo que pueden cambiar

No mantenerse físicamente activa: las mujeres que no se mantienen físicamente activas, tienen un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

Tener sobrepeso o ser obesa después de la menopausia: las mujeres mayores que tienen sobrepeso o que son obesas, tienen mayor riesgo de tener cáncer de mama que las que tienen un peso normal.

Tomar hormonas: algunas formas de terapia de reemplazo hormonal (aquellas que incluyen tanto estrógeno como progesterona), que se toman durante la menopausia, pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama, si se toman por más de cinco años. Ciertos anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas), también aumentan el riesgo de cáncer de mama.

Historial reproductivo: quedar embarazada por primera vez después de los 30 años de edad, no amamantar y/o nunca tener un embarazo que llegue a término puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.

Tomar alcohol: algunos estudios muestran que el riesgo de la mujer de tener cáncer de mama aumenta, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol que tome.

Las investigaciones sugieren que otros factores, tales como el tabaquismo, la exposición a sustancias químicas que pueden causar cáncer y cambios en otras hormonas, debido al trabajar en el turno de la noche, también pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama.(CDC, 11-09-2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), aunque existen más de 100 tipos de cáncer, el cáncer de mama adquiere especial relevancia, debido a su alta incidencia, a que los nuevos casos se presentan en gente más joven, y en que existe la posibilidad de un manejo exitoso si se detecta tempranamente. Se considera la segunda neoplasia más común en el mundo, y la segunda causa de muerte entre las enfermedades no transmisibles. La incidencia del cáncer de mama varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100 000 mujeres. La incidencia es mayor en los países desarrollados donde es hasta 6 veces más alta. En América del Norte, Europa Oriental, América del Sur, África Austral y Asia Occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de su incidencia.

En América Latina, México es considerado como el país que ocupa el primer lugar en incidencia del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años y que en 2010 causó la muerte de 5,113 mujeres. Para Colombia, esta patología es un problema de salud pública, mueren 1.700 mujeres cada año, constituyéndose la segunda neoplasia maligna más frecuente en el país. En Nicaragua, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer y representó el 8% de todas las muertes por cáncer en el año 2018.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (Coleman et al., 2008). Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados, pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento.

El cáncer de mama es una enfermedad de orden creciente en los perfiles de salud a nivel mundial. En el 2012, cerca de 1,7 millones de casos nuevos fueron diagnosticados; el 80% de estos casos se dieron en países en vía de desarrollo. En Colombia, datos del Instituto Nacional de Cancerología, señalan una incidencia de 35 a 38 casos por cada 1.000 mujeres y anualmente mueren cerca de 1.600 mujeres a causa de esta enfermedad. A pesar de ser considerado un tumor con buen pronóstico en la mayoría de los casos si se diagnostica y trata a tiempo, el cáncer de mama sigue estando asociado con una alta tasa de mortalidad en Colombia.(Meneses-Echávez et al., 2018).

Según OMS/OPS FactSheet-Cáncer-mama-Américas-2018 El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres de las Américas. En las mujeres de América Latina y el Caribe, el cáncer de mama supone el 27% de los nuevos casos y el 16% de las muertes por cáncer. De manera similar, entre las mujeres de Estados Unidos y Canadá, el 24% de los nuevos casos y el 14% de las muertes por cáncer, son por cáncer de mama.

Los Estados Unidos tienen la mayor incidencia de cáncer de mama en la región, seguidos de Canadá y Martinica. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en Barbados, Bahamas, República Dominicana y Trinidad y Tobago. Los países con un PIB más bajo, como Haití, Nicaragua y Honduras, presentan una muerte por cada 2,5 casos de cáncer de mama, mientras que en los Estados Unidos y Canadá -los países con el PIB más alto de la región-, se produce una muerte por cada 6,5 casos de cáncer de mama.

Cada año en las Américas, más de 462,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad.

Si las tendencias actuales continúan, para el año 2030, se prevé que el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama aumente en un 34% en las Américas.

En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres y es el segundo en mortalidad.

Varios países de América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas más altas de riesgo de muerte por cáncer de mama, lo que destaca las inequidades en salud en la Región.

En América Latina y el Caribe, el mayor porcentaje de muertes por cáncer de mama, ocurre en mujeres menores de 65 años (56%), en comparación con los Estados Unidos y Canadá (37%).

El diagnóstico precoz junto con los avances en el tratamiento, han resultado en una mayor supervivencia para las mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, muchos países de América Latina y el Caribe continúan teniendo un acceso limitado a estas intervenciones.

1.6.4. Autoexamen de mama: controversia, en la detección del cáncer mamario

Las medidas más importantes que se pueden tomar para prevenir las muertes por cáncer de seno consisten en encontrar el cáncer temprano y recibir el tratamiento más avanzado para combatir la enfermedad. El cáncer de seno que se detecta cuando es pequeño y no se ha extendido, es más fácil de tratar con buenos resultados. Las pruebas de detección habituales representan la manera más confiable para encontrar temprano el cáncer de seno. El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de seno consiste en encontrarlo antes de que empiece a causar síntomas (como una protuberancia que se pueda palpar). Las pruebas y exámenes de detección temprana, tienen el propósito de encontrar una enfermedad, cuando aún las personas no tienen ningún síntoma. Los cánceres de seno que se encuentran durante los exámenes de detección, suelen ser más pequeños y estar aún confinados al seno. El tamaño y la extensión del cáncer de seno son algunos de los factores más importantes para establecer el pronóstico (expectativa), de una mujer que padezca esta enfermedad. (Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2019).

Los conocimientos actuales sobre las causas del cáncer de mama son insuficientes, por lo que la detección precoz, sigue siendo la piedra angular de la lucha contra esta enfermedad. Cuando se detecta precozmente, se establece un diagnóstico adecuado y se dispone de tratamiento, las posibilidades de curación son elevadas. En cambio, cuando se detecta tardíamente, es raro que se pueda ofrecer un tratamiento curativo. En tales casos son necesarios cuidados paliativos para mitigar el sufrimiento del paciente y sus familiares.

En relación al cáncer de mama, la sensibilización del público en general sobre este problema y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama.

En los países de ingresos bajos y medios, la OMS recomienda como estrategia, la detección precoz a través del conocimiento de los signos y síntomas iniciales, y la demostración de cómo se realiza la autoexploración de la mama, porque aun cuando no hay datos específicos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria, si se ha observado, que esta práctica empodera a las mujeres y se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, la OMS recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado. (OMS, 2014).

Para la medicina preventiva, la exploración de mama es un elemento valioso con el que se cuenta para buscar en forma intencionada una tumoración sospechosa y realizar una detección oportuna de cáncer; de ahí la importancia de efectuar este procedimiento con la técnica correcta, ya que desde la inspección puede mostrar cambios ostensibles o sutiles, información que se puede corroborar o ampliar con la palpación completa de la mama, que

incluirá las zonas de las cadenas ganglionares que con mayor frecuencia se ven afectadas por la diseminación del tumor. (Sánchez Arenas, Álvarez-Díaz, & Durán Cárdenas, 2018)

El objetivo de la prevención primaria del cáncer de mama es evitar que las mujeres desarrollen la enfermedad, y el objetivo de la prevención secundaria es evitar la recurrencia. La prevención primaria ofrece el mayor potencial de salud pública y el programa de control del cáncer a largo plazo, más eficiencia en función de los costos. La prevención del cáncer de mama debe integrarse a los programas integrales de control del cáncer de mama y complementar las campañas de concientización y detección temprana. Los expertos indican que si se alcanzara el beneficio máximo con los programas de prevención, podrían evitarse hasta el 50% de los casos de cáncer de mama. La prevención del cáncer de mama tiene tres componentes: 1) modificaciones del comportamiento o modo de vida (por ejemplo, régimen alimentario, ejercicio, consumo de alcohol); 2) intervención farmacológica (por ejemplo, con tamoxifeno); 3) cirugía profiláctica (por ejemplo, mastectomía). Aunque algunos factores de riesgo de cáncer de mama no pueden modificarse (por ejemplo el envejecimiento, la edad de la menarquia o la menopausia y los antecedentes familiares) y otros, como no haber amamantado, no necesariamente son modificables en todos los casos, es posible asumir responsabilidad tanto a nivel individual como político, para controlar algunos de ellos como la obesidad, el consumo nocivo de alcohol y la inactividad física; como es sabido, el control de estos factores también mejora la salud general, además de reducir el riesgo de cáncer de mama. Actualmente no hay estudios que evalúen la rentabilidad de las actividades de prevención del cáncer de mama, pero a medida que se disponga de datos, podrá comprenderse mejor su eficacia en función

de los costos a largo plazo. La evaluación del riesgo es un componente fundamental de los programas de prevención rentables, ya que permite identificar a las pacientes de mayor riesgo, para que participen en actividades de prevención específicas. Por consiguiente, los profesionales de la salud, deben tener una buena formación en las opciones de prevención del cáncer de mama, que mejoran la salud general de las pacientes y en las intervenciones más específicas dirigidas a las mujeres de alto riesgo, como las intervenciones quirúrgicas para extirpar las mamas o los ovarios, que pueden tener riesgos inadmisibles y efectos colaterales para muchas mujeres, pese a su efecto protector contra el cáncer de mama.

Actualmente existen métodos para su detección oportuna como la mamografía y el autoexamen. A pesar de ser la mamografía, el medio de diagnóstico más utilizado, el autoexamen de mama (AEM), es un método no invasivo, sin costo y con la ventaja que lo realiza la propia mujer; pese a no ser un método diagnóstico, su realización frecuente puede llevar a la detección temprana de la enfermedad, su sensibilidad es aproximadamente de 35%, siendo más sensitiva en mujeres jóvenes entre los 35-39 años de edad, y aunque su especificidad es dudosa, se estima que esta práctica detecta el 35% de los cánceres de mama.

El autoexamen de mama (AEM) es un método de evaluación continua que, de ser efectivo, podría ser simple y barato. Si este es el caso, permitiría que el diagnóstico sea temprano y que la mortalidad se reduzca en países en desarrollo, particularmente en contextos que carecen de acceso a tecnologías modernas y especializadas. Se sugiere que el AEM, puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en países donde el diagnóstico suele darse en estadios avanzados. (Carrillo-Larco et al., 2016).

El autoexamen de mama es una práctica que ha sido promovida desde la década de los cincuenta como un método de cribado para el diagnóstico temprano del cáncer de mama con el fin de disminuir la mortalidad.

En la actualidad existe controversia del papel que tiene el AEM, sobre la morbilidad y mortalidad del cáncer de mama, dado que la evidencia acumulada existente sugiere que el AEM es una práctica que no genera beneficios; no disminuye morbimortalidad y puede aumentar procedimientos innecesarios en la población que es sometida a esta práctica. Al respecto existe una revisión del grupo Cochrane, donde se incluye 388 535 mujeres; para determinar si el cribado mediante el autoexamen de mama reduce la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, en la que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de cribado y el grupo control. El Riesgo Relativo (RR) fue 1,05 (IC 95% 0,90 a 1,24); de las 587 muertes por cáncer de mama, 292 fueron en el grupo de autoexamen y 295 en el grupo control. Sin embargo, se encontró casi el doble de biopsias (3406 biopsias) con resultados benignos realizadas en el grupo de cribado en comparación con el grupo de control (1856 biopsias), el RR fue de 1,88 (1,77 a 1,99) con IC del 95%. Estos hallazgos podrían interpretarse como una tendencia de pruebas innecesarias en el grupo sometido a cribaje.

En este sentido la Sociedad Americana de Cáncer en su actualización 2015, se mantiene en no incluir como recomendación el autoexamen de mama para la detección del cáncer de mama. Así también las recomendaciones de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), incluyen no aconsejar la práctica del autoexamen de mama.

Es importante dada la evidencia actual, reflexionar sobre las consecuencias del sobre diagnóstico, sobre tratamiento y sobre tamizaje, que pueden incluir posibles alteraciones de las capacidades culturales e individuales para hacer frente a la enfermedad, el dolor y la muerte; aumento de la ansiedad, miedo y la percepción de la enfermedad cuando realmente no existe y un incremento de procedimientos o intervenciones innecesarias.

La tecnología ha mejorado el diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades en los últimos 30 años. Las prácticas preventivas, incluyendo exámenes de despistaje de ciertos tipos de cáncer, han demostrado beneficios para la salud de la población; sin embargo, no todas las actividades preventivas son igual de efectivas y algunas pueden no tener sustento en la evidencia científica actual. Cuando hablamos de prevención es pertinente tener en cuenta la prevención cuaternaria, definida como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica enmarcada en el principio de “primum non nocere”. Teniendo en cuenta este principio, las instituciones y profesionales de salud que aún promueven la práctica del autoexamen de mama están obligados a informar al paciente de los posibles daños que esta intervención produce. (Silva-Paredes, Ruíz Beteta, & Cuba Fuentes, 2016)

La investigación no ha mostrado un beneficio claro de los exámenes físicos de los senos realizados de forma habitual por un profesional de la salud (examen clínico de los senos), o por las mismas mujeres (autoexámenes de los senos). Hay muy poca evidencia que indique que estos exámenes ayudan a encontrar tempranamente el cáncer de seno, cuando las mujeres también se hacen mamogramas de detección. Con más frecuencia,

cuando el cáncer de seno se detecta debido a los síntomas (como una masa o bulto), es porque la mujer descubre el síntoma durante actividades normales como bañarse o vestirse. Las mujeres deben familiarizarse con la manera natural en que lucen y se sienten sus senos e informar inmediatamente a sus médicos, cualquier cambio que noten en sus senos. Si bien la Sociedad Americana Contra El Cáncer desde el 2015, no recomienda exámenes clínicos regulares, ni los autoexámenes de los senos como parte de un programa de detección de cáncer de seno de rutina, esto no significa que estos exámenes nunca deban hacerse. En algunas situaciones, por ejemplo, particularmente para las mujeres con un mayor riesgo al promedio, los proveedores de atención médica, aún pueden ofrecer exámenes clínicos de los senos, junto con orientación sobre el riesgo y la detección temprana. Además, algunas mujeres podrían estar más cómodas con los autoexámenes regulares, como una manera de hacer un seguimiento de cómo lucen y se sienten sus senos. Pero es importante entender, que hay muy poca evidencia que indique que hacer estos exámenes rutinariamente, es útil para las mujeres con riesgo promedio de cáncer de seno. (American Cancer Society, última revisión médica completa, 3-10-2019).

Raysy Sardiñas Ponce (2009), Revista Habanera Ciencias Médicas v.8 n.3, ciudad de La Habana jul.--sep. 2009. "Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud", mediante una revisión bibliográfica sobre el cáncer de mama y el autoexamen de mama como método de detección precoz de esta enfermedad, desarrollada en el año 2007 desde el mes de febrero a diciembre. El análisis incluyó EBSCO, HINARI, DynaMed y el Anuario Estadístico de

Salud de Cuba, como bases de datos. La búsqueda se realizó con nivel de evidencia III.

Como resultado de esta revisión enuncia lo siguiente:

La autoexploración mamaria se recomienda a partir de los 20 años. Este posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta una mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y en específico del cáncer; más de 80% de los nódulos de mama, son diagnosticados por la propia mujer.

No se ha demostrado que la autoexploración rutinaria reduzca la mortalidad por cáncer de mama, ni que sea preferible a la detección rutinaria mediante mamografía; no obstante, los tumores detectados mediante esta técnica suelen ser de menor tamaño, asociarse con un mejor pronóstico y ser más fácilmente tratables mediante cirugía conservadora.

Por otra parte, el autoexamen de mama ha sido puesto a juicio debido a que no se ha demostrado en forma específica, su relación con la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, en estudios realizados en los Estados Unidos de América del Norte. Es la prueba que ofrece menor sensibilidad, por elevar la proporción de falsos positivos, sin embargo esta sensibilidad mejora, si las mujeres son entrenadas en la técnica correcta del autoexamen de las mamas.

La autoexploración de la mama (AEM), que consiste en auto-examinarse las mamas de forma regular, puede ser una buena forma de detectar el cáncer de mama en un estadio temprano, cuando puede tratarse con mejores resultados. No todos los casos de cáncer

pueden detectarse de esta forma, pero es un paso importante que puede y debe implementarse por cuenta propia.

Durante muchos años, se ha discutido acerca de cuán útil es la AEM para detectar el cáncer de mama de forma temprana y aumentar las posibilidades de sobrevivencia. Por ejemplo, en el verano de 2008, un estudio realizado en Rusia y China con cerca de 400 000 mujeres, reveló que la autoexploración de las mamas no reduce la mortalidad por cáncer de mama e incluso puede ser nociva ya que da lugar a biopsias innecesarias (extracción y análisis de tejidos sospechosos). Debido a la incertidumbre constante que suscitan estos y otros estudios, la Sociedad Americana del Cáncer, ha decidido informar a las mujeres que el AEM, constituye una herramienta de detección “opcional”.

Breastcancer.org, todavía considera que el AEM es un método de revisión útil y esencial, especialmente si se la combina con mamografías y exploraciones físicas regulares. Alrededor del 20 % de los casos de cáncer de mama, se detectan durante una exploración física y no con una mamografía. Recomendamos que todas las mujeres se auto-exploren las mamas regularmente, como parte de su estrategia de revisión general, lee lo que piensa la Dra. Marisa Weiss, presidenta y fundadora de Breastcancer.org, acerca del estudio sobre autoexploración de mamas, que se realizó en julio de 2008. (Breastcancer.org; última modificación 5 de diciembre de 2016).

El cáncer de mama es una de las pocas enfermedades cancerosas, que se pueden diagnosticar precozmente antes de que se note algún síntoma. Diagnosticado en etapa inicial (carcinoma in situ) es decir, sin invasión o infiltración del tejido que rodea al conducto mamario, las posibilidades de curación son prácticamente del 100%, lo que indica

la importancia de realizar pruebas de diagnóstico precoz a todas las mujeres en edad de riesgo o con antecedentes familiares de cáncer de mama. Para la detección precoz del cáncer de mama la técnica más eficaz es la mamografía, capaz de detectar lesiones muy incipientes, no palpables y cuando aún no han invadido en profundidad, ni se han diseminado a los ganglios ni a otros órganos. Aunque la mamografía permite detectar el 90% de los tumores, puede tener limitaciones en mujeres con implantes mamarios, con cirugías previas de mama, o en mujeres jóvenes que suelen tener un tejido glandular denso. En estos casos, se complementa el estudio con una ecografía y/o resonancia magnética. La autoexploración periódica de las mamas, también es importante para detectar síntomas iniciales porque los nódulos de mama no duelen y ante cualquier cambio que se note, hay que acudir sin falta a un especialista para que realice las pruebas necesarias y confirme o descarte la sospecha de cáncer. (Cáncer.org: Curación del cáncer según etapas)

Un estudio publicado en agosto por la Clínica Mayo de Estados Unidos concluyó que "las adolescentes y las jóvenes representan menos del 2% de las pacientes con cáncer de mama, pero se les suele diagnosticar cánceres más avanzados, con una biología tumoral más agresiva, incluidos los tipos triple negativo y HER2 positivo". Para la investigación, usaron la Base de datos Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. Identificaron los casos de más de 46 mil mujeres menores de 40 con cáncer de mama, y los compararon con más de 160 mil pacientes de 40 a 49 años. "Según el estudio, las mujeres muy jóvenes, de 15 a 29 años, habían padecido una enfermedad más avanzada que las mujeres de 30 a 39 años, por lo que es muy importante que las más jóvenes puedan advertir cualquier cambio en sus

mamas y consulten con su médico al respecto", explicó Judy Boughey, cirujana mamaria de la Clínica Mayo.

Existen diversos procedimientos para el diagnóstico del cáncer de mama, pero los más importantes son el autoexamen de mama, el examen clínico anual de las mamas, el ultrasonido y la mamografía. Entre ellos, el autoexamen de mama constituye un método de vital importancia, mediante el cual se estima que un alto porcentaje de las lesiones de las mamas pueden ser detectadas precozmente por la propia mujer o su pareja, acelerando el diagnóstico de aquellas que son malignas. Un aspecto importante es la correcta realización de este procedimiento, debido a que mal realizado, puede crear expectativas negativas y disminuir la sensibilidad del método, causa por la que actualmente en algunos lugares del mundo, se cuestiona la utilidad del autoexamen de mama. (Raysy Sardiñas Ponce, 2009)

Otra prueba importante, es el examen clínico de las mamas realizado a cada mujer una vez al año por su médico. La sensibilidad y especificidad del examen clínico de las mamas depende de la pericia y experiencia del examinador. Su rango de sensibilidad varía de 40 a 69% y su especificidad de 86 a 99%. Sin embargo el valor predictivo va desde 4 - 50 %.

La mamografía es la prueba de mayor validez para el diagnóstico de lesiones preclínicas en el cáncer de mama. Su efectividad radica en que tiene más de 70 % de cobertura en las mujeres de edad de riesgo (50-64 años), en un riguroso control de la calidad y que ofrece un seguimiento adecuado de los casos sospechosos y tratamiento de los positivos.

La autoexploración mamaria es un método importante en la detección y diagnóstico precoz del cáncer de mama, pero es un método poco fiable y no es aconsejable confiar en él como único método ante la detección del cáncer. Aparte de hacerse un autoexamen de mama al mes, es recomendable hacerse al menos una revisión ginecológica anual, así como tener en cuenta otros métodos, como la mamografía, la ecografía mamaria o la resonancia magnética.

1.6.5. Autoexamen de Mama: Técnica

El conocimiento y práctica de la técnica correcta del AEM, varían dependiendo de factores como sexo, nivel educativo y región geográfica. Se ha mostrado que el AEM es practicado en poblaciones asiáticas y de Estados Unidos. No obstante, este escenario no se presenta en otras regiones, donde el conocimiento del procedimiento es deficiente y a la baja frecuencia se agrega la falta de apoyo a las mujeres por su contraparte masculina, (Carrillo-Larco et al., 2016)

Secretaría de Salud , México (sept 2015), el AEM, se refiere a la autoexploración como la técnica de detección basada en la revisión de las mamas por la misma mujer, realizada en diferentes posiciones, con diferentes movimientos, y valida que esta técnica, aumenta la posibilidad de detectar a tiempo algún signo de enfermedad en las mamas. Se debe realizar una vez al mes, considerando que es deber del personal médico o de enfermería de la unidad de salud, enseñar cómo auto explorarse y además proporcionar información sobre los síntomas y signos del cáncer de mama. Al observarse y palpase los pechos cada mes, la mujer aprenderá a conocer su consistencia, su forma, su textura y desarrollará mayor sensibilidad en sus manos, lo que le permitirá identificar cualquier

cambio y de encontrarse alguna anormalidad o notar algo diferente, debe acudir de inmediato a su unidad de salud. El AEM, se recomienda a partir de los 20 años de edad, entre el quinto y séptimo día, posterior al inicio del ciclo menstrual, ya que es cuando los senos están más blandos; las mujeres que ya no presentan su menstruación, habrán de realizarlo un día específico de cada mes, esto es para crear hábito e intentar mejorar la técnica de detección. No se recomienda realizar la autoexploración mamaria en días de menstruación -y previos a la misma- ya que durante esos días las mamas están hinchadas, más sensibles de lo habitual y además suelen presentar nódulos o bultos perfectamente normales que pueden resultar confusos.

El autoexamen de mama, se realiza mediante inspección y palpación; antes de empezar sitúate de pie frente a un espejo y desnúdate de la cintura para arriba. Procura que haya buena iluminación y trata de evitar las sombras intensas. Estos son los pasos a seguir:

Observación frente al espejo con los brazos caídos: estando de pie frente al espejo deja los brazos relajados, caídos y pegados al cuerpo. Observa si el tamaño de ambas mamas es el habitual y si su simetría es razonable -es algo habitual en las mujeres tener un pecho ligeramente más grande que otro-. Comprueba que la piel no esté excesivamente rugosa (como la piel de naranja), no tenga zonas enrojecidas, ni bultos, ni hoyuelos. Comprueba que tus pezones no estén retraídos o hundidos.

Observación con los brazos levantados: en la misma posición en la que estás, pon tus manos entrelazadas por detrás de la cabeza. En esta postura, comprueba que el contorno inferior de tus mamas sea circular, regular, y más o menos simétrico en ambas mamas. Mírate de frente y de lado.

Palpación de pie: sigue de pie. Levanta el brazo izquierdo y pon la mano izquierda sobre tu nuca. Utiliza la mano derecha para palparte la mama izquierda. Luego haz lo mismo con la otra mama (mama derecha con brazo izquierdo). Para palparte la mama utiliza los tres dedos medios de la mano (índice, corazón y anular). Puedes recorrer tu mama de tres formas: en círculos desde fuera hacia dentro en sentido horario, recorriendo tu pecho en líneas verticales o recorriendo tu pecho en líneas horizontales. Pásate los dedos suavemente pero con firmeza, y comprueba que no notes ningún bulto extraño. Presta especial atención a la zona que va de la axila a la mama: es ahí donde se detectan más de la mitad de los casos, también debe palparse la región supraclavicular del lado correspondiente.

Palpación tumbada: seguidamente, tumbate en la cama boca arriba. Ponte una almohada bajo el hombro izquierdo para palparte la mama izquierda. A continuación, pálpate igual que en el paso tres: levanta el brazo izquierdo, pon la mano izquierda en la nuca, y pálpate la mama izquierda con la mano derecha haciendo círculos o líneas. Haz lo mismo para la otra mama.

Pezón: comprime los pezones con los dedos índice y pulgar para comprobar si sale líquido. Si sale algún tipo de líquido, toma nota de sus características (transparente, lechoso o sanguinolento) para describírselas a tu médico. (Anexo 5.5: ficha técnica sobre prevención del cáncer de mama)

Si durante la autoexploración observas o te palpas algo que antes no lo habías notado, es aconsejable que contactes con tu médico para una revisión ginecológica inmediata.

CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de Estudio

Es un estudio cuantitativo, descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal.

Área de Estudio:

Fue la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), fundada en 1992, Institución de educación superior de inspiración católica, cuyo principio fundacional es formar profesionales integrales, líderes y emprendedores, con excelencia académica y humanística, capaces de dar soluciones pertinentes a los retos que plantea Nicaragua en el contexto mundial actual. En esta universidad se ofertan 12 carreras en siete facultades: Humanidades, Ingeniería y Arquitectura, Ciencias Económicas y Administrativas, Ciencias Jurídicas y Sociales, Arte-Diseño y Comunicación, Ciencias Médicas y Odontología.

Unidad de Análisis:

Fueron las estudiantes universitarias de primer ingreso de la carrera de medicina, psicología, pedagogía y odontología.

2.2. Universo

Estuvo conformado por 144 estudiantes mujeres de primer ingreso, según dato de la población estudiantil en el año lectivo 2019, en las carreras seleccionadas para este estudio, mismo que fue proporcionado por autoridades de la UNICA.

2.3. Muestra

2.3.1. Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante el programa de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto, obteniéndose como resultado, un tamaño muestral de 105, para un IC del 95%, como puede verse en la siguiente tabla:

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	144
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	105
80%	77
90%	95
97%	111
99%	119
99.9%	128
99.99%	132

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = [\text{EDFF} \cdot N \cdot p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p))]$$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

2.3.2. Tipo de muestreo

Para definir la muestra, se utilizó el muestreo probabilístico por conglomerado en 2 etapas, para lo cual se eligieron estudiantes mujeres de primer ingreso de las carreras seleccionadas, muestra que a su vez fue distribuida, considerando la probable ausencia de estudiantes o su negativa a participar del estudio. Al final, la muestra total fue de 122 estudiantes, dado que el ausentismo fue bajo y no hubo negativa para participar en el estudio por parte de las estudiantes presentes, quedando distribuida la muestra, de la

siguiente forma, con un IC de más del 99%, según la tabla de tamaño muestral antes referida:

Carrera	Psicología	Medicina	Pedagogía	Odontología	Total
Universo	34	36	37	37	144
Muestra	26	30	31	35	122

Cabe señalar, que el total de encuestas realizadas fue de 133, de las cuales 11 fueron anuladas debido a la ausencia de datos generales o respuestas no coherentes, que impedían la caracterización y análisis pertinente para el estudio, quedando como válidas, un total de 122 encuestas.

2.3.3. Criterios de inclusión

- Año de ingreso 2019.
- Estudia carrera de: Medicina, Psicología, Pedagogía u Odontología.
- Voluntariamente acepta participar del estudio.
- Coherencia en llenado de encuesta.

2.3.4. Criterios de Exclusión:

- Estudiante varón
- Estudia carrera diferente a las definidas para el estudio
- Rehúsa participar en el estudio.
- Llenado no coherente de encuesta.

2.4. Técnicas y Procedimientos

Para obtener la información, se establecieron coordinaciones con las autoridades responsables de cada una de las carreras seleccionadas para el estudio, posteriormente se aplicó encuesta diseñada para ser llenada de forma auto-administrada. Este instrumento contó con 4 acápites:

Sección I: Datos Generales: edad, departamento de procedencia, estado civil, carrera, número de hijos, colegio de procedencia, religión, antecedente familiar de cáncer de mama, parentesco.

Sección II: Conocimientos

Sección III: Actitudes

Sección IV: Prácticas

Se validó el instrumento de recolección de datos, con estudiante de la UNICA, previo a la realización del estudio, teniéndose una retroalimentación positiva para el instrumento, externándose comprensión de las preguntas y llenado fácil, por lo que no se realizó modificación al mismo.

La fuente de información fue primaria, mediante encuesta aplicada directamente a las estudiantes del grupo de estudio definido.

2.5. Plan de Tabulación y Análisis

Para la tabulación de las variables consideradas (características sociodemográficas, conocimiento, actitud, práctica), se establecieron valores de frecuencia y/o de calidad de las respuestas obtenidas, según pertinencia de la variable analizada.

Para el análisis de las variables sociodemográficas, de frecuencia del conocimiento y práctica del AEM, así como para la variable actitud, se tomó en cuenta el total de la muestra (122 encuestas). Para analizar la frecuencia y calidad sobre aspectos puntuales del conocimiento sobre el AEM y el cáncer de mama, se tomaron en cuenta 120 encuestas, que correspondían a las estudiantes que dijeron tener conocimiento. El análisis de los síntomas de cáncer de mama, se obtuvo a partir de 67 encuestadas que dijeron conocerlos. La frecuencia y calidad de los enunciados para la variable práctica, se basó en 80 encuestadas que dijeron practicarse el AEM, entre las 120 que habían referido tener conocimiento del mismo.

Características sociodemográficas

Se estimaron frecuencias absolutas, en base a 122 encuestadas. La frecuencia del parentesco, fue estimada en base a 24 encuestadas que dijeron tener historia familiar de cáncer de mama.

Conocimiento del AEM

- Frecuencia del conocimiento
- Bueno: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos acertadamente por más del 50% de las encuestadas.
- Deficiente: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos desacertadamente por más del 50% de las encuestadas.

Conocimiento sobre cáncer de mama, incluido factores relacionados al mismo.

- Bueno: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos acertadamente por más del 50% de las encuestadas.
- Deficiente: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos desacertadamente por más del 50% de las encuestadas.

Variable actitud

Para valorar esta variable, se utilizó la escala modificada de Likert, teniendo 8 aseveraciones favorables (35, 37, 38, 40, 44, 45, 46, 50) y 8 aseveraciones desfavorables (36, 39, 41, 42, 43, 47, 48, 49). Una vez obtenida la respuesta esperada, según la escala de Likert para afirmaciones favorables y desfavorables respecto al tema en estudio, se plasmó la frecuencia absoluta de las encuestadas que respondieron estar EN TOTAL ACUERDO y EN TOTAL DESACUERDO, según la postura ante cada enunciado, por parte de las encuestadas, por lo tanto se consideró:

- Favorable: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos por más del 50% de las encuestadas, según valores de la escala modificada de Likert.
- Desfavorable: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos por menos del 50% de las encuestadas, según valores de la escala modificada de Likert.

Variable Práctica

- Frecuencia de la práctica.
- Adecuada: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos acertadamente por más del 50% de las encuestadas.

- Inadecuada: si el 50% o más de los ítems, fueron respondidos desacertadamente por más del 50% de las encuestadas.

Una vez recolectada la información, se vació en base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25, de la cual se obtuvieron los datos, que permitieron analizar la información obtenida, mediante estadística descriptiva de las variables y cruce de variables que fueron definidas. La información se presentó en cuadros y gráficos.

Para el análisis de los datos, se realizaron además los siguientes cruces de variables:

- Colegio de procedencia educación media versus conocimiento.
- Carrera versus conocimiento.
- Carrera versus práctica.
- Antecedente familiar de cáncer de mama versus conocimiento.
- Antecedente familiar de cáncer de mama versus práctica.
- Religión versus práctica.
- Conocimiento versus práctica.

2.6. Enunciado de variables según objetivos

Variables Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas del grupo en estudio.

Las variables, aquí consideradas fueron:

Características sociodemográficas

Antecedente familiar de cáncer de mama

Parentesco

Variabes Objetivo 2: Indagar el conocimiento sobre el autoexamen y cáncer de mama, que tiene el grupo en estudio.

Conocimiento sobre el AEM.

Conocimiento sobre factores asociados al cáncer de mama.

Conocimiento sobre otros aspectos del cáncer de mama.

Variabes Objetivo 3: Conocer la actitud en relación al autoexamen de mama, que tiene el grupo en estudio.

Actitud frente al AEM.

Variabes Objetivo 4: Determinar la práctica con respecto al autoexamen de mama, que tiene el grupo en estudio.

Frecuencia del AEM.

Práctica del AEM.

Frecuencia del examen clínico de mama

2.7. Operacionalización de variables

Variabes	Definición	Dimensión	Indicador	Valor
Características socio demográficas	Corresponde a las particularidades de los individuos a estudio con respecto a demografía y aspectos sociales.	Edad	Años	16 – 20 21 – 25 26 - 30 31 – 35 36 a más
		Procedencia	Departamentos de Nicaragua	Managua Masaya Granada Carazo Otros
		Educación media	Tipo de colegio	Público Privado
		Carrera	Tipo de carrera	Medicina Psicología Pedagogía Odontología

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Valor
		Estado Civil	Tipo de relación	Soltera Casada Otra
		Número de Hijos	Número	1 2 3 o más
		Religión	Tipo de creencia	Católica Evangélica Otra Ninguna
Antecedente de Ca de mama	Cuando en la familia ha existido cáncer de mama	Antecedente familiar	Presencia	Si No
	Relación consanguínea con la encuestada	Parentesco	Tipo	Madre Abuela/Bisabuela Hermana Tía/Prima/Sobrina
Conocimiento del AEM	Referido a si la persona tiene o no conocimiento del autoexamen de mama.	-	Frecuencia	Si No
Aspectos del conocimiento sobre el AEM	Referido a conocimientos básicos y relevantes sobre el AEM	-	Calidad del conocimiento	Bueno Deficiente
Aspectos del conocimiento sobre el cáncer de mama.	Referido a condiciones que pueden aumentar o disminuir posibilidad de padecer cáncer de mama.	-	Calidad del conocimiento	Bueno Deficiente
Actitud	Se manifiesta como la postura con respecto al AEM.	-	Tipo de actitud	Favorable Desfavorable
Frecuencia del AEM	Práctica y periodicidad, con la que se realiza el AEM	-	Frecuencia	Nunca Cada mes Cada 3 meses Alguna vez, en los últimos 6 meses
Práctica del AEM	Son las acciones explícitas y observables, que una persona ejecuta, en relación a la práctica del AEM.	-	Calidad de la práctica	Adecuada Inadecuada
Práctica del examen clínico de mama	Referido a la frecuencia con que se acude a demandar la exploración física de los senos, realizada por personal de salud, cada año.	-	Frecuencia	Si No

2.8. Aspectos Éticos

En cumplimiento a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989, en este estudio de tipo descriptivo, no se expuso a ningún riesgo a las personas, se garantizó el anonimato, se respetó la privacidad y confidencialidad de la información brindada por cada una de las estudiantes, que voluntariamente dieron su consentimiento verbal y accedieron a llenar la encuesta, que fue diseñada para obtener la información objeto de este estudio. Igualmente se preservó la exactitud de los datos obtenidos.

CAPÍTULO 3: DESARROLLO

3.1. Resultados

Después de procesar los datos obtenidos en las 122 encuestas realizadas, los resultados fueron plasmados en tablas y gráficos correspondientes. Estos resultados se describen a continuación:

La tabla 1, muestra las características sociodemográficas consideradas en este estudio: la variable edad presentó un amplio rango (16 – 41 años), con una media de 21.8 años, siendo el grupo mayoritario el de 16 – 20 años con 85 casos (69.7%), el de 26 -30 años con 11 (9.0%), el grupo de 21 – 25 años y el mayor de 36 años, ambos con 9 (7.45%), y el de 31 - 35 años con 8 (6.6%). Respecto a la procedencia geográfica el 57.4% (70), procedían de Managua, de Masaya 15.6% (19); de Granada 7.4% (9), de Carazo 3.3% (4), y de otros departamentos 16.3% (20). La mayoría culminó su nivel de educación media en colegios privados 104 (85.2%) de las encuestadas y 18 (14.8%) en colegios públicos. Las participantes del estudio cursaban diferentes carreras: medicina 30 (24.6%), Psicología 26 (21.3%), Pedagogía 31 (25.4%) y Odontología 35 (28.7%). Respecto al estado civil predominaron las solteras con 92 casos (75.4%), casadas y otro estado con 15 cada uno para un 12.3% respectivamente. El 84.4% (103) de las encuestadas no tenía hijos, un hijo el 8.2% (10), 2 hijos el 4.1% (5), y 3 o más hijos el 3.3% (4). En el ámbito religión, 67 de las encuestadas (54.9%) eran católicas, 34 (27.9%) evangélica, 16 (13.15) no profesaba ninguna religión y 5 (4.1%) dijeron tener otra religión.

La tabla 2, refleja que 24 de las encuestadas (19.7%) tenían historia familiar da cáncer de mama, mientras que 98 (80.3%) no tenían este antecedente. El parentesco de las 24 encuestadas con historia familiar de este tipo de cáncer, estuvo dado por:

abuela/bisabuela con 11 (45.8%), tía/prima/sobrina con 7 casos (29.2%), la madre en 5 casos (20.8%), y hermana 1 caso (4.2%).

La tabla 3, evidencia resultados de la variable relacionada al conocimiento que tienen las encuestadas sobre el AEM. De las 122 participantes, el 98.4% (120) dijeron tener conocimiento y solo 2 (1.6%) no lo tenían. De las 120 que tenían conocimiento sobre el AEM, el 100% reconoce la utilidad de éste para detectar anomalías en los senos y 11 de ellas (9.2%) lo consideraron útil para conocer sus senos. Sobre la edad recomendada para iniciar la práctica del AEM, 68 encuestadas (56.7%) dijeron que a los 15 años, 45 (37.5%) que era a los 20 años, y 7 (5.8%) a los 40 años. Con respecto al momento idóneo para realizarse el AEM, 45 encuestadas (37.5%) respondieron que era entre el 5to y 7mo día de iniciado el sangrado menstrual, 53 (44.2%) que 7 días previo a menstruar y 22 (18.3%) que el primer día del sangrado. En cuanto a la posición para realizarse el AEM, el 52.5% (63) dijo que ambas posiciones (de pie y acostada), 36 (30%) dijo que de pie y 21 (17.5%) que acostada. El 85% de encuestadas (102), respondió que la palpación axilar y supraclavicular forma parte del AEM y 18 (15%) dijo que no. Sobre la periodicidad de la práctica 70 encuestadas (58.4%), señalaron que debe ser mensual, 25 (20.8%) que trimestral y anual respectivamente para estos períodos. El 100% (120) respondió que toda mujer debe realizarse el AEM.

La tabla 4, muestra los resultados sobre el conocimiento que el grupo de estudio tiene sobre algunos factores relacionados al cáncer de mama. Como factor de protección fueron considerados: el consumo de frutas, verduras, legumbres por el 88.3% (106), la actividad física habitual por el 80.0% (96), la lactancia materna por el 51.7% (62), y la

mujer con más de un hijo procreado por el 25.8% (31). Como factor de riesgo, fueron identificados: la historia familiar de cáncer mamario por 109 (90.8%), el fumar por 101 (84.2%), la obesidad/sobrepeso por 95 (79.2%), la mujer mayor de 40 años por 90 (75.0%), el consumo excesivo de alcohol por 86 (71.7%), la dieta rica en grasa por 77 (64.2%), el uso de estrógenos después de la menopausia por 76 (63.3%), la vida sedentaria por 71 (59.2%), la menstruación precoz por 66 (55.0%), la menopausia tardía por 66 (55.0%), y la mujer nulípara y/o primigesta tardía por 66 (55.0%).

La tabla 5, muestra el conocimiento de otros aspectos, sobre el cáncer de mama. Respecto a la mayor posibilidad de curación, las participantes, consideraron que está dada por un diagnóstico precoz 56 (46.7%), por quimioterapia 24 (20.0%), por: tratamiento quirúrgico 22 (18.3%), y 18 encuestadas (15.0%) dijeron no saber. El método más importante para la detección precoz, considerado por el grupo encuestado fueron: mamografía 53 (44.2%), autoexamen de mama 45 (37.5%), examen clínico de mama por personal de salud 15 (12.5%), y ultrasonido 7 (5.8%). En cuanto a conocer los síntomas, 67 (55.8%) dijeron conocerlos y 53 (44.2%) refirió que no.

La tabla 6, refleja los síntomas de cáncer de mama, mencionados por 67 participantes que dijeron conocer estos síntomas, entre ellos están: Nódulo 46 (68.6%), otros 26 (38.8%), donde el síntoma mencionado fue el dolor, inflamación 19 (28.4%), secreción anormal 14 (20.9%), retracción/hundimiento 11 (16.4%), piel de naranja/erosión persistente 10 (14.9%), y ganglios regionales 2 (2.98%),

La tabla 7, muestra la postura o actitud que tienen las 122 participantes de este estudio, ante enunciados positivos y negativos relacionados al AEM. El porcentaje que estuvo totalmente de acuerdo, según la escala modificada de Likert para los enunciados positivos fueron: Debe ser una práctica habitual, en el cuidado de mi salud 96 (78.7%), La práctica del AEM, puede salvarme la vida 86 (70.5%), Debes acudir al médico, si detectas cualquier anomalía durante el AEM 85 (69.7%), Ayuda a identificar anomalías en los senos 78 (64.0%), La posibilidad de cura del cáncer de mama, es mayor si se detecta tempranamente 75 (61.5%), Permite a la mujer, conocer la normalidad de sus senos 60 (49.2%), Mi pareja, familia o amistades, influyen para que me realice el AEM 15 (12.3%), El personal de salud influye, para que me realice el AEM 12 (9.8%). El porcentaje de encuestadas que estuvo en total desacuerdo, con respecto a los enunciados negativos fueron: Es malo y morboso, realizarme el AEM 92 (75.4%), En la familia no hay cáncer de mama, no necesito realizarme el AEM 73 (59.8%), Dejarías de considerarte una mujer, si pierdes tus senos 70 (57.4%), Temo encontrar algo malo en mis senos, prefiero no saber 67 (54.9%), Realizarse el AEM, requiere mucho tiempo 55 (45.1%), La religión influye, para realizarse el AEM 53 (43.4%), Los senos se ponen flojos, cuando se realiza el AEM 47 (38.5%), El cáncer de mama, no tiene cura 38 (31.2%).

La tabla 8, muestra resultados de la frecuencia y periodicidad de la práctica del AEM, teniendo que de las 122 participantes del estudio, 80 (65.6%) se realizaban el AEM y 42 (34.4%) no lo practicaban. En cuanto a la periodicidad de esta práctica por parte de estas 80 encuestadas, 26 (32.5%) dijeron practicarlo una vez en los últimos 6 meses, 22

(27.5%) no señalaron período de realización, 19 (23.8%) lo realizaban cada mes y 13 (16.2%) cada 3 meses.

La tabla 9, describe los pasos a seguir para realizarse el AEM y muestra la frecuencia con que son aplicados por las 80 encuestadas, que dijeron practicarse el AEM, teniéndose los siguientes resultados: Utiliza la yema de 3 o 4 dedos para palpar cada uno de sus senos 76 (95.0%), Acudiría de inmediato al médico, de notar o palpase alguna anomalía en sus senos 75 (93.8%), Se palpa los senos, con un movimiento circular, en sentido horario 68 (85.0%), Utiliza un espejo para observar sus senos, en la postura de pie 64 (80.0%), Palpa la región axilar, como parte del AEM 63 (78.8%), Al terminar la palpación, presiona moderadamente cada seno y el pezón, para verificar la presencia de cualquier tipo de secreción 62 (77.5%), Estando de pie, observa sus senos, con los brazos levantados sobre la cabeza 60 (75.0%), Se realiza el AEM, en ambas posiciones 58 (72.5%), Al examinar sus senos acostada, coloca el brazo del mismo lado, flexionado detrás de su cuello 54 (67.5%), La dirección con cualquiera de los movimientos que realiza para palpar sus senos, siempre va de la periferia, hacia el centro del seno 54 (67.5%), Se palpa los senos, con un movimiento vertical ascendente y descendente 50 (62.5%), Se palpa los senos, con un movimiento radiado 46 (57.5%), Palpa la región supraclavicular, como parte del AEM 44 (55.0%), Se realiza el AEM, entre el 5to - 7mo día de iniciada la menstruación 35 (43.8%), Estando de pie, observa sus senos, con los brazos caídos a los lados 35 (43.8%), Al examinar sus senos en posición acostada, coloca una almohadilla bajo la zona de la espalda, del seno a explorarse 30 (37.5%), Se realiza el AEM, solo en posición de pie 26 (32.5%), Se realiza el AEM, solo en posición acostada 22 (27.5%).

La tabla 10, arroja que de las 80 encuestadas que se realizaban el AEM, 27 (33.7%) también acudían cada año a demandar un examen clínico de mama con personal de salud, y 53 (66.3%) no tenían este chequeo clínico anual, por personal de salud.

La tabla 11, describe la relación entre el colegio de secundaria del que proceden las 122 encuestadas y el conocimiento que tienen sobre el AEM, de forma que 17 (94.4%) de 18 egresadas de colegio público y 103 (99.0%) de 104 egresadas de colegio privado, tenían conocimiento sobre el AEM.

La tabla 12, establece la relación entre la carrera que cursan las 122 encuestadas y el conocimiento sobre el AEM, teniendo que el 100% de estudiantes de Medicina (30) y de Psicología (26) conocían sobre el AEM; de Pedagogía 30 (96.8%) de 31 y de Odontología 34 (97.2%) de 35 también lo tenían.

La tabla 13, establece la relación entre la carrera cursada y la práctica del AEM referida por 80 de las encuestadas, teniéndose que en Medicina 18 (60.0%) de 30; en Psicología 18 (69.2%) de 26, en Pedagogía 25 (80.6%) de 31; en Odontología 19 (54.3%) de 35 se practicaban el AEM.

La tabla 14, muestra la relación entre el antecedente familiar de cáncer de mama y el conocimiento sobre el AEM, teniéndose que el 100% (24) de las encuestadas con antecedente familiar de cáncer de mama, tenían conocimiento sobre el AEM, en tanto 96 (98.0%) de 98, sin historia familiar de cáncer, también tenían este conocimiento.

La tabla 15, refleja la relación entre el antecedente familiar de cáncer de mama y la práctica del AEM referida por 80 de las encuestadas en el estudio, observándose que de las 24 con historia familiar de cáncer 17 (70.8%) tenían esta práctica y 7 (29.2%) no la

habían incorporado, mientras que 63 (64.3%) de 98, sin antecedente familiar de cáncer, se realizaban el AEM.

La tabla 16, muestra la relación entre la religión y la práctica del AEM, observándose que 42 (62.7%) católicas, 25 (73.5%) evangélicas, 3 (60%) de otra religión y 10 (62.5%) sin ninguna religión, tenían incorporada la práctica del AEM.

La tabla 17, señala la relación entre el conocimiento y la práctica del AEM, entre las 122 encuestadas, teniendo como resultado que de las 120 que poseen conocimiento 80 (66.7%) han incorporado la práctica del mismo y 40 (33.3%) no lo habían hecho, en tanto 2 casos que dijeron no tener conocimiento sobre el AEM, tampoco tenían la práctica.

3.2. Análisis de los resultados

Con respecto a la edad encontrada en estudiantes de primer ingreso a la universidad, llama la atención el amplio rango (16 – 41 años), lo que se explica por el tipo de carrera y modalidad (sabatina) con que se oferta, en particular la carrera de Pedagogía que tenía las estudiantes de mayor edad, dado que ésta suele ser una segunda carrera que cursan profesionales docentes de enseñanza primaria y secundaria, seguida de la de Psicología; el grupo más joven (16 – 20 años), que representó el 69.7% de todas las participantes correspondían a las carreras de medicina y odontología, siendo la media de edad de 21.8 años. Cabe señalar que en los estudios revisados han participado mujeres desde 15 a más de 50 años.

En relación a la procedencia geográfica, la mayoría 57.4% procedían de Managua, seguidos de Masaya, Granada y Carazo, lo que se explica por la cercanía y accesibilidad, desde estos departamentos hasta este centro universitario ubicado en Managua, el resto de departamentos tuvo presencia en la procedencia de las estudiantes encuestadas, pero en menor frecuencia y se encontró un caso originaria de California, Estados Unidos.

Si bien la edad, estado civil y tenencia de hijos, no son variables inter-dependientes las cifras sugieren una relación entre el grupo más joven (69.7%), el número de solteras (75.4) y de mujeres sin hijos. (84.4%). En el estudio de 82 estudiantes de primer año de enfermería de la universidad de Guayaquil, Ecuador - 2014, se reporta que el 79.0% tenían entre 18 – 24 años y que el 67.0% eran solteras, no se aporta datos sobre tenencia de hijos.

La historia familiar de cáncer de mama, estuvo presente en el grupo de estudio (19.7%), lo cual está en correspondencia con lo descrito en la literatura (CDC – 2018),

donde la presencia de esta enfermedad en parientes de primer grado, se ha identificado como un factor de riesgo para el potencial desarrollo de este tipo de cáncer. El riesgo también se ve aumentado cuando varios integrantes de la familia por el lado materno o paterno han tenido cáncer de mama; igualmente se aumenta el riesgo, al tener un pariente de primer grado de sexo masculino con cáncer de mama.

Analizando la variable conocimiento sobre el AEM, desde el aspecto frecuencia, se encontró que de las 122 encuestadas, el 98.4% (120) dijo conocer sobre éste. En los estudios revisados, nacionales como internacionales, este resultado muestra un rango muy variable que va desde el 12.0% en 82 estudiantes de primer año de enfermería en la universidad de Guayaquil - Ecuador en el año 2014; un 23.3% reportado en estudio nacional realizado a 120 mujeres mayores de 18 años, en el hospital Carlos Roberto Huembes en el año 2015, hasta un 91.0% en 200 estudiantes mujeres de I a V año de la carrera de medicina en la universidad de San Simón, Bolivia en el año 2012.

Respecto a la calidad o suficiencia del conocimiento sobre 7 aspectos considerados básicos sobre el AEM, se encontró que las 120 (100.0%) encuestadas con conocimiento, tenían claro que toda mujer se lo debe realizar y que su principal utilidad es la detección de anomalías en los senos, anomalías que pudieran tener significado maligno. Este porcentaje fue mayor al reportado en estudio nacional en 150 mujeres de El Regadío, municipio de Estelí – 2010, donde este valor fue de 91.0% y 92% respectivamente; otro estudio nacional (HCRH – 2015), reportó solo un 60.0% para estos 2 aspectos. El 85% (102) conocían que la palpación de la región axilar y supraclavicular deben ser parte del AEM, no encontrando referencia sobre este aspecto en los estudios revisados. Sobre la

periodicidad y la posición con que debe realizarse el AEM, solo 70 (58.4%) y 63 (52.5%) respondieron correctamente ambos aspectos (mensual y en las 2 posiciones: de pie y acostada), cifra relativamente superior al 20.0 -30.0% reportado en el estudio nacional del HCRH. En relación al momento idóneo para la práctica del AEM, apenas 45 (37.5%) respondió adecuadamente (entre 5to – 7mo día de iniciada la menstruación), resultado que contrasta con el 20.0%, referido en un estudio nacional del centro de salud Sócrates Flores Vivas – 2012. De acuerdo a lo normado por la literatura actual y la OMS, solo 45 (37.5%) respondió que la edad recomendada para iniciar la práctica del AEM era a los 20 años, mientras 68 (56.7%) dijo que a los 15 años, este dato contrasta con el reportado en el estudio de la escuela de enfermería de la universidad de Guayaquil – 2014, donde el 59.0% refirió que el AEM debería hacerse a los 50 años. En conclusión puede decirse que algunos aspectos sobre el AEM como su importancia y sobre quiénes deben practicarlo, son de mayor dominio, en tanto aspectos como la periodicidad, el momento idóneo, posición para realizarse o la edad para iniciar con la práctica, no lo son. Para este estudio se valoró el conocimiento como bueno, dado que el 71.4% de los ítems, fue respondido acertadamente por la mayoría de las encuestadas.

El conocimiento, sobre los factores de protección ante el cáncer de mama, se valoró como bueno, dado que 3 (75%) de 4 factores enunciados fueron reconocidos como protectores por más del 50% de encuestadas; siendo el consumo de frutas, verduras, legumbres el más conocido con un (88.3%), seguido de la actividad física habitual (80.0%), la lactancia materna (51.7%), mientras que el tener más de un hijo procreado solo fue reconocido como factor protector por el (25.8%). En cuanto a los factores de riesgo, se

observó un mejor conocimiento, siendo que el 100.0% de los 11 factores de riesgo enunciados, fueron reconocidos por más del 50% de las encuestadas. De estos factores, el más conocido fue el antecedente familiar de cáncer de mama (90.8%), cifra mayor a la reportada en estudio nacional en El Regadío, municipio de Estelí – 2010 que fue de (75%) y de otro en estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander – Colombia (2010), que fue de un 66,8%. El fumar y consumo excesivo de alcohol con un 84.2% y 71.7% respectivamente, cifra también mayor a la reportada en estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander – Colombia (2010) de 76.8% y 69.2% respectivamente. La obesidad fue conocida como riesgo por el 79.2%, este factor no se menciona en los estudios revisados; la edad mayor de 40 años fue considerada un factor de riesgo por el 75.0% , porcentaje mayor al reportado en el estudio nacional en El Regadío, municipio de Estelí (2010) que fue del (60%). La menstruación precoz, menopausia tardía 55.0% para cada uno, cifra muy por encima de la reportada en estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander – Colombia (2010) para estos factores cuya frecuencia fue de 14,4% y 7,6% respectivamente; mientras que el no tener hijos o tener el primer hijo, después de los 30 años fue reconocido por el 55% versus el 90.0% referido en estudio nacional de El Regadío - Estelí (2010). La terapia hormonal post-menopausia fue identificada por el 63.3% versus el 8.0% en el estudio de Santander. La dieta rica en grasa con 64.2% y la vida sedentaria con 59.2% fueron otros factores de riesgo conocidos, sin tener datos de comparación para éstos. Cabe señalar que en el estudio de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander – Colombia (2010), reporta que la puesta en práctica de los factores de protección era baja: un 34% para el consumo de frutas y verduras mínimo

una vez al día, 33.6% evitaba alimentos ricos en grasa y solo el 21% practicaba ejercicios. En general, el conocimiento de los factores relacionados al cáncer de mama (protectores y de riesgo), eran conocidos por más del 50% de las encuestadas, valorándose el mismo como bueno.

El diagnóstico precoz, fue reconocido en un 46.7%, como la mayor posibilidad de curación para el cáncer de mama, mientras que un porcentaje entre 18 y 20%, consideró que era el tratamiento quirúrgico o la quimioterapia, un 15% dijo no saber. Esta baja percepción sobre la mayor posibilidad de curación, tiene que ver con que la mayoría piensa que esta enfermedad no tiene cura, y este pensamiento negativo conduce a la baja práctica, que en general se reporta en los diferentes estudios, aun cuando el conocimiento sobre el AEM, sea considerado como bueno o aceptable.

En correspondencia con la literatura, la mamografía fue considerada como el método más importante para la detección precoz del cáncer de mama con el 44.2%, en tanto el AEM se consideró en un 37.5%. Es importante destacar que si bien la mamografía es la prueba de mayor validez para el diagnóstico de lesiones preclínicas en el cáncer de mama, su accesibilidad está más limitada, debido a que su realización requiere de equipo (mamógrafo), y de personal técnico calificado para interpretar el estudio, recursos ambos que no siempre están disponibles, en todas las unidades de salud, ni en todas las zonas del país, particularmente en el área rural. Por tanto y a pesar de sus detractores, la práctica del AEM como factor promotor de la detección temprana del cáncer, resulta clave en países en vía de desarrollo. En Colombia, Piñeros et al., muestra que cerca del 70% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad y sólo el 39%

de las mujeres examinan sus senos mensualmente, resaltando la necesidad de un abordaje integral y oportuno en la prevención temprana de esta neoplasia.(Meneses-Echávez et al., 2018).

El 55.8% (67 encuestadas), dijo conocer los síntomas del cáncer de mama, dentro de éstos, la presencia de nódulos fue el síntoma más conocido (68.6%), cifra menor al 80% observado en el estudio nacional de El Regadío, Estelí – 2010. Otros síntomas mencionados en menor porcentaje fueron: inflamación, secreción anormal, retracción/hundimiento, piel de naranja/erosión persistente, ganglios regionales y otros, en esta última categoría, fue destacado el dolor. En los estudios revisados, no se encontraron datos referentes al conocimiento del resto de síntomas mencionados por las participantes del estudio, pero sí se corresponde con los mencionados en la literatura. (Ficha Técnica: Prevención del Cáncer de Mama – OPS/OMS). En resumen puede decirse que el conocimiento de los síntomas fue bueno.

Una actitud favorable o positiva frente al AEM, fue la encontrada en este estudio, resultado similar al reportado en los diversos estudios internacionales y nacionales que fueron revisados. Al cuantificar esta actitud, 9 (56.3%) de los 16 enunciados, - mediante los cuales se valoró esta variable -, fueron respondidos de forma favorable, según los valores de la escala modificada de Likert, por más del 50% de las encuestadas. Este porcentaje fue menor al 76.5% reportado en estudio de Centros de Salud de León (2010) y del 100% reportado en estudio realizado en la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque (2017). Es importante destacar que tan solo el 9.8% y el 12.3% de las encuestadas estuvieron totalmente de acuerdo en que el personal de salud, así como la

pareja, familia o amistades respectivamente, influyeran para que ellas se realicen el AEM, lo que lleva a sugerir que ni el sector salud, ni el entorno familiar o de amistades están jugando un rol propositivo en la promoción del cuidado de la salud, en este caso, ante el cáncer de mama, sin embargo a pesar de lo antes referido, el 78.7% consideró que el AEM debe ser una práctica habitual, en el cuidado de su salud. Por otro lado apenas el 31.2% estuvo en total desacuerdo con la afirmación que el cáncer de mama no tiene cura, significando que la gran mayoría, lo percibe como una enfermedad mortal, dato menor al 50.0% que consideró que el cáncer a veces se cura en el estudio de El Regadío, Estelí (2010). Otro aspecto importante, es que solo el 45.1% estuvo en total desacuerdo con que la práctica del AEM, requiere mucho tiempo, por tanto la mayoría piensa que hacérselo implica mucho de su tiempo y ello puede conllevar a la no realización del mismo.

Con respecto a la práctica del AEM, se encontró que de las 122 encuestadas, 80 (65.6%) dijeron realizárselo y de ellas solo 19 (23.8%) lo hacían cada mes. Al comparar estas cifras con otros estudios hay mucha variabilidad, citando algunos se tiene: en 248 estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad de Santander, Colombia (2010), la cifra fue de 30% con práctica mensual; la de 281 estudiantes de una universidad privada de Lima, Perú (2016), con el 21,0% y de éstas el 41,0% lo hacía mensualmente; de 628 estudiantes *universitarias de Bogotá, Colombia* (2018), solo el 11,3% dijeron practicarse el AEM mensualmente en los últimos 12 meses. Estudios nacionales reportan: 58.3% de 150 mujeres en El Regadío, Estelí - 2010; de 15 mujeres, el 33.0 % en el centro de salud Sócrates Flores (2012); de 84 mujeres, el 67.5%, sin referir su periodicidad en centros de salud de León (2010).

Un aspecto importante de la práctica del AEM, es la calidad con que se realiza. En este estudio se consideró la práctica como adecuada, dado que 13 (72.2%) de 18 ítems, que describían en detalle este procedimiento, fueron señalados como realizados por más del 50% de las 80 encuestadas que dijeron hacerse el AEM. Es importante señalar que el 72.5% se examina en las 2 posiciones recomendadas, el 80.0% hace uso de un espejo en la posición de pie y que el 85.0% está más familiarizado con el movimiento circular, en sentido horario. También es preciso destacar que entre el 27.5 a 32.5% solo se realiza el AEM en una de las 2 posiciones recomendadas y que solo 35 (43.8%), lo llevan a cabo en el momento más indicado con relación al ciclo menstrual, -entre el 5to – 7mo día de iniciado el sangrado-, dado que en ese período es cuando los senos están más blandos, ya sin la sensación de tumefacción que experimentan las mujeres en la fase premenstrual e inicial del ciclo. Este porcentaje guarda relación con el conocimiento sobre este aspecto del AEM, que fue tan solo del 37.5%. En varios de los estudios revisados no se abordó la calidad o adecuación de la práctica del AEM, uno solo reportó que 63.4% hace uso del espejo en su práctica (Universidad Mayor de San Simón, Bolivia 2012); en estudios nacionales como el de El Regadío, Estelí – 2010, reportó en el 100% la práctica como incompleta, siendo la palpación en sentido horario y en posición de pie, la práctica más frecuente con 58.3%; en el estudio de centros de salud de León - 2010, se consideró la práctica inadecuada en un 61.5 %; en el estudio de la consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque - 2017, la calidad de la práctica se valoró con riesgo en un 89.0%.

En este estudio se quiso conocer, si como parte del cuidado de la salud, en este caso el cuidado de los senos por parte de las mujeres, también las encuestadas que se practicaban

el AEM, acudían una vez al año, a demandar un examen clínico de mamas por parte del personal de salud, encontrando que solo 27 de ellas acudían (33.7%). Sobre este dato no hay referencias comparativas en los estudios citados.

La procedencia del colegio de educación media, público o privado, no marcó una gran diferencia entre las encuestadas que dijeron tener conocimiento sobre el AEM (94.4 y 99.0% respectivamente). Este cruce de variables fue incluida en el supuesto que la educación y por ende los conocimientos adquiridos, son de mayor calidad en los colegios privados, sin embargo en el tema del AEM, no se observó mayor diferencia entre las encuestadas provenientes de uno u otro colegio de educación secundaria.

Al cruzar la variable carrera cursada con el conocimiento sobre el AEM, se observó que el total de las estudiantes de medicina y psicología tenían conocimiento y que prácticamente el 97% de la carrera de pedagogía y odontología también lo tenían. En este hecho puede influir el que son carreras afines al componente de salud y de la enseñanza, por lo que sería interesante valorar esta relación con estudiantes de carreras no afines al componente de salud particularmente.

Cuando se relacionó la carrera cursada con la práctica del AEM, los resultados difieren de forma importante del observado entre la relación carrera versus conocimiento, encontrándose que del grupo de odontología solo el 54.3% dijo realizárselo, el 60.0% de medicina, el 69.2% de psicología y el 80.6% de pedagogía. El mayor porcentaje observado en el grupo de pedagogía, pudiera explicarse porque en este grupo, se concentraron las participantes de mayor edad, en su mayoría casadas y con hijos, lo que les habría permitido tener un mayor contacto con los servicios de salud y la mayor posibilidad de habérseles

ofertado el examen clínico de mamas, así como la promoción del conocimiento y práctica del AEM.

Al establecer la relación entre las encuestadas con el antecedente familiar de cáncer de mama y el conocimiento, se encontró que el 100.0% (24) con historia familiar de la enfermedad, dijeron conocer sobre el AEM, sin embargo, solo 17 (70.8%), lo ponían en práctica, quedando un 29.2 % de encuestadas, que presentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y que no tenían la práctica del AEM.

Respecto al componente religioso y su relación con el AEM, no se encontró ninguna referencia en los estudios revisados, sin embargo en este estudio se observó que de las 106 encuestadas que expresaron tener alguna filiación religiosa, 70 (66%) dijeron realizarse el AEM, y un similar porcentaje (62.5%) se dio entre las 16 encuestadas que no tenían religión. Al ser valorado el aspecto de actitud con el siguiente enunciado “La religión influye, para realizarse el AEM”, únicamente 47 (44.3%) del grupo con filiación religiosa y 6 (37.5%) del otro grupo, dijeron estar en total desacuerdo con tal enunciado (según escala modificada de Likert), lo que podría sugerir que aún existe cierta influencia del componente religioso, en el sentir y actuar de las encuestadas ante la práctica del AEM, aun entre las que dijeron no tener ninguna religión.

El conocimiento del AEM, relacionado a la práctica del mismo, fue observada en 80 (66.7%) de las encuestadas, resultado que comparado con los estudios antes referidos, es muy alentador, sin embargo debe tenerse presente que un 33.3%, aun conociendo la importancia y el procedimiento a seguir para el AEM, no lo llevan a la práctica, lo cual pudiera explicarse por ciertas posturas, que se ventilaron al valorarse la actitud como: no

haber recibido la suficiente promoción e información por parte del personal de salud, la familia o amigos, la influencia que se percibe desde el componente religioso, creer que los senos se ponen flojos, que el cáncer no tiene cura y que el autoexamen requiere mucho tiempo.

En resumen, y a pesar de la controversia que actualmente existe en relación a recomendar o no la práctica del AEM; teniendo en cuenta la opinión de diferentes autores, la propia experiencia como mujer y como profesional de la salud, se concluye que el AEM, sigue ocupando un lugar importante, en la estrategia de prevención, detección y control del cáncer de mama, como método de detección temprana, dado que hoy día, aún en muchas zonas del país y de la mayoría de países en el mundo, el AEM constituye el único método asequible de detección, con el que cuentan las mujeres, de ahí la importancia de seguir dándolo a conocer y promover una adecuada práctica, incluso como lo recomiendan algunos especialistas, antes de los 20 años, dado que cada día el cáncer de mama, viene afectando a mujeres muy jóvenes, que para el caso de Nicaragua, ya se tienen datos de adolescentes de 18 años, afectadas por esta enfermedad. Por tanto el personal encargado de promover y enseñar esta práctica, debe enseñarla de forma adecuada y hacer énfasis en el momento más idóneo para realizarla, y de esta forma reducir el número de casos falsos positivos, que conducen al incremento de otros procedimientos innecesarios, con las posibles e inherentes complicaciones, hecho que se ha convertido en el principal argumento que utilizan los detractores de la práctica del AEM, práctica que para muchas mujeres ha significado y puede llegar a significar, la diferencia entre la vida y la muerte.

3.3. Conclusiones

Entre las características sociodemográficas, predominó el grupo etario de 16 – 20 años; en su mayoría eran de Managua y de los departamentos más cercanos como Masaya, Granada y Carazo; la mayoría culminó su nivel de educación media en colegios privados; en su mayoría eran solteras y sin hijos, de religión católica; pocas tenían antecedente familiar de cáncer de mama, dado principalmente en abuelas, bisabuelas y madres.

Respecto al conocimiento de aspectos básicos sobre el AEM y el cáncer de mama, este conocimiento fue valorado como bueno, sin embargo también se observó deficiencia en ciertos aspectos, particularmente en lo relacionado a la edad para iniciar con la práctica, la periodicidad y el momento idóneo para realizarse el AEM; así como para los factores de protección y riesgo respecto a la lactancia materna y paridad de la mujer; otro fue que la mayoría no reconoce la importancia de un diagnóstico precoz, para tener una mayor probabilidad de curación ante el cáncer de mama.

Se encontró que la mayoría de encuestadas, mostraron una actitud favorable ante el AEM, se perciben algunas posturas negativas, como la influencia del rol que está teniendo el personal de salud, la familia y la religión sobre el AEM.

La práctica del AEM, se consideró adecuada en la mayoría de 80 estudiantes mujeres, que dijeron practicárselo. Sin embargo, se encontró un bajo porcentaje en la práctica mensual y en el momento idóneo; más de un tercio lo realizaba solo en una de las dos posiciones recomendadas, y otra tercera parte, acudía cada año a realizarse un examen clínico de mamas con personal de salud, como parte del cuidado de la salud, en este caso de las mamas.

3.4. Recomendaciones

A las autoridades del sector salud, garantizar que en todos los niveles, se dé cumplimiento a la promoción y enseñanza de la práctica adecuada del AEM, de los síntomas y signos del cáncer de mama, como una de las estrategias orientadas por la OMS, para la prevención, detección temprana y control de esta enfermedad.

Al personal de salud, ofertar la exploración física de mama, como parte de una atención integral a las mujeres, así como mantener la promoción y enseñanza activa de la práctica adecuada del AEM, así como de los síntomas y signos del cáncer de mama, en cada unidad de salud.

A las autoridades de la UNICA, en particular a la facultad de Ciencias Médicas, responsable de formar a futuros profesionales de la salud, quiénes desde ya deben conocer y llevar a la práctica, acciones de salud preventiva para ellos y resto de la comunidad universitaria, en este caso para la prevención y detección precoz del cáncer de mama.

A la comunidad de estudiantes universitarios, en particular a los del área de salud, porque en un futuro cercano, serán los responsables de promover y cuidar de la salud de la población; actualmente es común ver que se olvida el componente preventivo de la atención, lo cual quedó evidenciado en los resultados de este estudio, donde las encuestadas, no percibieron una influencia positiva en la promoción del conocimiento y práctica del AEM, por parte del personal de salud.

A toda mujer, que asuma la responsabilidad individual y colectiva, para cuidar de la propia salud, la de su familia y la de su comunidad, promoviendo la práctica del AEM.

CAPÍTULO 4: BIBLIOGRAFÍA

4.1. Lista de referencias

1. Bell Santos, H., & Oduardo Perez, O. (2015). y Dra. Oriallys Oduardo Pérez. *Medisan*, 19(2), 186–191. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200006
2. CDC, Cáncer de Mama, .última revisión, 11-09-2018.
3. Carrillo-Larco, R. M., Espinoza-Salguer, M. E., Avilez, J., & Osada, J. (2016). Nivel de conocimiento y frecuencia de autoexamen de mama en alumnos de los primeros años de la carrera de Medicina. *Revista Medica Herediana*, 26(4), 209. <https://doi.org/10.20453/rmh.v26i4.2699>
4. Carvajal Centeno Gema, C. C. M. (2013). “*Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mama en la detección precoz de cáncer de mama que tienen las mujeres que asisten a Centros de Salud de la Ciudad de León en el período Marzo-Octubre del 2010.*”
5. Carvalho Fernández Ana, S. de O. M. y F. M. R. (2006). *Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará*. 22(3).
6. Delgadillo, G., Flores, G., Rupher, F., Choque, G., Delgadillo, G., & Lopez, S. (2012). Conocimiento , actitud y práctica del autoexamen mamario en mujeres estudiantes de medicina de la Universidad Mayor de San Simón Gestión 2011. *Revista Científica, Ciencia Médica, Vol . 15, Num. 2, 2012, 22–25.*
7. El Nuevo Diario, Nicaragua, edición del 26-09-2012, "Reportaje sobre el cáncer de mama".
8. El Nuevo Diario, Nicaragua, edición del 14-10-2015, "Reportaje sobre el cáncer de

- mama, a directora ejecutiva del Centro de Mujeres IXCHEN".
9. Lapeira Panneflex, P., Acosta Salazar, D., & Vásquez Munive, M. (2016). Significado social atribuido a los senos y su influencia en el autocuidado en jóvenes universitarias. *Medicina UPB*, 35(1), 9–16. <https://doi.org/10.18566/medupb.v35n1.a02>
 10. La Prensa, Nicaragua, edición del 02-10-15, "Entrevista al Director Médico de la Fundación Ortiz Gurdíán"
 11. Martínez Mondragón Reyna, & Espinal Bonilla Angélica & Berríos Morales Karla. (2012). *y práctica de las mujeres en edades de 20 a 35 años acerca del autoexamen de mamas, área de ginecología del centro de salud Sócrates Flores Vivas, durante el tercer trimestre del 2012*. Retrieved from [http://repositorio.upoli.edu.ni/106/1/Monografía completa 19 octubre.pdf](http://repositorio.upoli.edu.ni/106/1/Monografía%20completa%2019%20octubre.pdf)
 12. Maza García María, P. A. (2014). *Nivel de conocimiento de la prevención del cáncer de mama en los estudiantes de primer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil 2014*.
 13. Meneses-Echávez, J. F., Martínez-Torres, J., Chavarriaga-Ríos, M. C., González-Ruiz, K., Vinaccia-Alpi, S., Rincón-Castro, A. D., ... Ramírez-Vélez, R. (2018). Creencias y conocimientos relacionados a la práctica del autoexamen de mama en mujeres universitarias de Colombia: Un estudio descriptivo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(2), 120–129. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000200120>
 14. OMS. (2014). *No Title: Informe sobre la situación mundial de las enfermedades*

- no transmisibles 2014.*
15. Organización Mundial de la Salud. (2015). Detección temprana: Concientización sobre la salud mamaria y exploración clínica de las mamas. *Organización Panamericana de La Salud*. Retrieved from www.paho.org/hq/
 16. OMS/OPS FactSheet-Cáncer-mama-Américas-2018.
 17. Páez-Esteban, Á. N., Urrea-Vega, E. A., Contreras-Barrios, M. A., & Díaz-Urquijo, M. (2010). Conocimiento y frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes del área de la salud. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 25–36.
 18. Pérez Molina Yajaira, J. M. K. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexamen de mamas, en mujeres de el Regadío, municipio de Estelí, 2010. In *UNAN; León - Nicaragua*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
 19. Sánchez Arenas, M. del P. M., Álvarez-Díaz, C. de J., & Durán Cárdenas, C. (2018). La técnica correcta para la exploración de mama. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 61(2), 44–50.
 20. Sardiñas Ponce, Raysy. (2009). Autoexamen de mama: Un importante instrumento de prevención del cáncer de mama, en atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3) Recuperado en 11 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=es&tlng=es.
 21. Secretaría de salud, Direcci, S., Reproductiva, S., No, H., Delegaci, C. M., & Hidalgo, M. (2002). *Compendio de Anatomía Patológica* (Primera ed). México

D.F.

22. Silva-Paredes, G., Ruíz Beteta, P., & Cuba Fuentes, M. S. (2016). El autoexamen de mama: Traslación de la evidencia a la práctica clínica. *Revista Medica Herediana*, 27(3), 188. <https://doi.org/10.20453/rmh.v27i3.2941>
23. Torres, J. M., Pabón-Rozo, C. E., Quintero-Contreras, N., Galván, J. S., López-Mayorga, R., Rojas-Tinico, Y., & Ramírez-Vélez, R. (2015). Barreras asociadas a la realización del autoexamen de seno en mujeres de 18 a 50 años de edad: Un estudio descriptivo. *Nutricion Hospitalaria*, 32(4), 1664–1669. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9201>

CAPÍTULO 5: ANEXOS

5.1. Cuadros y gráficos

Tabla 1

Características sociodemográficas de las encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019

Características sociodemográficas	No.	%
n=122		
Edad (años)		
16 - 20	85	69.7
21 - 25	9	7.4
26 - 30	11	9.0
31 - 35	8	6.6
≥ 36	9	7.4
Procedencia		
Managua	70	57.4
Masaya	19	15.6
Granada	9	7.4
Carazo	4	3.3
Otros**	20	16.3
Colegio		
Público	18	14.8
Privado	104	85.2
Carrera		
Medicina	30	24.6
Psicología	26	21.3
Pedagogía	31	25.4
Odontología	35	28.7
Estado Civil		
Soltera	92	75.4
Casada	15	12.3
Otro	15	12.3

No. Hijos		
1	10	8.2
2	5	4.1
3 o más	4	3.3
Religión		
Católica	67	54.9
Evangélica	34	27.9
Ninguna	16	13.1
Otra	5	4.1

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

*Rango global de edad fue de 16 a 41 años, con un promedio 21.8 años.

**León, Chinandega, Rivas, Boaco, Chontales, Estelí, Matagalpa, Jinotega, Nva. Segovia, California-USA

Tabla 2

Antecedente familiar de cáncer de mama y parentesco con las encuestadas, en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019

Antecedente de Cáncer de Mama	No.	%
Antecedente Familiar		
Si	24	19.7
No	98	80.3
Total	122	100
Parentesco		
Madre	5	20.8
Abuela/Bisabuela	11	45.8
Hermana	1	4.2
Tía/Prima/Sobrina	7	29.2

n= 24

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 3
Conocimientos valorados en las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019

Conoce sobre el AEM	No.	%
Si	120	98.4
No	2	1.6
Total	122	100.0
Aspectos del Conocimiento		n = 120
Utilidad		
Detectar anomalías	120	100.0
Conocer sus senos	11	9.2
Edad recomendada para iniciar práctica del AEM		
15 años	68	56.7
20 años	45	37.5
40 años	7	5.8
Momento idóneo para realizarlo		
7 días, antes de la menstruación	53	44.2
1er. día menstrual	22	18.3
5to - 7mo día de iniciada la menstruación	45	37.5
Posición para el AEM		
De pie	36	30.0
Acostada	21	17.5
Ambas posiciones	63	52.5
Debe palpase la región axilar y supraclavicular		
Si	102	85.0
No	18	15.0
Periodicidad del AEM		
Mensual	70	58.4
Trimestral	25	20.8
Anual	25	20.8
Solo mujeres con vida sexual deben practicarse el AEM		
Toda mujer	120	100.0

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 4

Conocimiento sobre los factores de protección y de riesgo ante el cáncer de mama, en las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019

n=120		
Factores ante el cáncer de mama	No.	%
Factores de Protección		
Consumo de frutas, verduras, legumbres	106	88.3
Actividad física habitual	96	80.0
Lactancia materna	62	51.7
Mujer con más de un hijo procreado	31	25.8
Factores de Riesgo		
Historia familiar de cáncer mamario (abuela, madre, tía, hermana)	109	90.8
Fumar	101	84.2
Obesidad/sobrepeso	95	79.2
Mujer mayor de 40 años	90	75.0
Consumo excesivo de alcohol	86	71.7
Dieta rica en grasa	77	64.2
Uso de estrógenos, después de la menopausia	76	63.3
Vida sedentaria	71	59.2
Menstruación precoz	66	55.0
Menopausia tardía	66	55.0
Mujer sin hijos o primer hijo, después de los 30 años	66	55.0

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 5

Otros conocimientos sobre el cáncer de mama, valorados en las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre 2019.

	n=120	
Otros aspectos sobre el cáncer de mama	No.	%
La mayor posibilidad de curación, está dada por:		
Diagnóstico precoz	56	46.7
Quimioterapia	24	20.0
Tratamiento quirúrgico	22	18.3
No sabe	18	15.0
Método más importante para la detección precoz		
Mamografía	53	44.2
Autoexamen de mama	45	37.5
Examen clínico de mama por personal de salud	15	12.5
Ultrasonido	7	5.8
Conoce los síntomas del cáncer de mama		
Si	67	55.8
No	53	44.2

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

*De las 67 encuestadas que dijeron conocer los síntomas, solo 61 (91.0), mencionaron 2 síntomas.

Tabla 6

Síntomas más frecuentes de cáncer de mama, mencionados por las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

	n=67	
Síntomas Conocidos	No.	%
Nódulo	46	68.6
Otros**	26	38.8
Inflamación	19	28.4
Secreción anormal	14	20.9
Retracción/Hundimiento	11	16.4
Piel de naranja/Erosión persistente	10	14.9
Ganglios regionales	2	2.98

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

*Porcentaje obtenido en base a las 67 encuestadas que respondieron conocer los síntomas.

**Otros: el síntoma mencionado fue el dolor.

Tabla 7
Actitud mostrada ante el AEM, en las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

	n=122	
Enunciados Positivos (en total acuerdo)	No.	%
Debe ser una práctica habitual, en el cuidado de mi salud	96	78.7
La práctica del AEM, puede salvarme la vida	86	70.5
Debes acudir al médico, si detectas cualquier anomalía durante el AEM	85	69.7
Ayuda a identificar anomalías en los senos	78	64.0
La posibilidad de cura del cáncer de mama, es mayor si se detecta tempranamente	75	61.5
Permite a la mujer, conocer la normalidad de sus senos	60	49.2
Mi pareja, familia o amistades, influyen para que me realice el AEM	15	12.3
El personal de salud influye, para que me realice el AEM	12	9.8
Enunciados Negativos (en total desacuerdo)		
Es malo y morboso, realizarme el AEM.	92	75.4
En la familia no hay cáncer de mama, no necesito realizarme el AEM	73	59.8
Dejarías de considerarte una mujer, si pierdes tus senos.	70	57.4
Temo encontrar algo malo en mis senos, prefiero no saber.	67	54.9
La religión influye, para realizarse el AEM.	53	43.4
Realizarse el AEM, requiere mucho tiempo.	55	45.1
Los senos se ponen flojos, cuando se realiza el AEM.	47	38.5
El cáncer de mama, no tiene cura.	38	31.2

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

*Porcentaje obtenido a partir de 122 encuestas, considerando la escala modificada de Likert para la categoría de valor máximo de la escala (en total acuerdo y en total desacuerdo).

Tabla 8
Frecuencia y periodicidad de la práctica del AEM en las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Se realiza el AEM	No.	%
Si	80	65.6
No	42	34.4
Total	122	100.0
		n=80
Periodicidad del AEM*		
Una vez en los últimos 6 meses	26	32.5
No Responde	22	27.5
Cada mes	19	23.8
Cada 3 meses	13	16.2

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.
 *Porcentaje obtenido en base a 80 encuestadas, que se practican el AEM.

Tabla 9

Pasos durante la realización del AEM, de las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Pasos para la práctica del AEM (afirmaciones)	n=80	
	No	%
Utiliza la yema de 3 o 4 dedos para palpar cada uno de sus senos	76	95.0
Acudiría de inmediato al médico, de notar o palparse alguna anomalía en sus senos	75	93.8
Se palpa los senos, con un movimiento circular, en sentido horario	68	85.0
Utiliza un espejo para observar sus senos, en la postura de pie	64	80.0
Palpa la región axilar, como parte del AEM	63	78.8
Al terminar la palpación, presiona moderadamente cada seno y el pezón, para verificar la presencia de cualquier tipo de secreción	62	77.5
Estando de pie, observa sus senos, con los brazos levantados sobre la cabeza	60	75.0
Se realiza el AEM, en ambas posiciones (de pie y acostada)	58	72.5
Al examinar sus senos acostada, coloca el brazo del mismo lado, flexionado detrás de su cuello	54	67.5
La dirección con cualquiera de los movimientos que realiza para palpar sus senos, siempre va de la periferia, hacia el centro del seno	54	67.5
Se palpa los senos, con un movimiento vertical ascendente y descendente	50	62.5
Se palpa los senos, con un movimiento radiado	46	57.5
Palpa la región supraclavicular, como parte del AEM	44	55.0
Estando de pie, observa sus senos, con los brazos caídos a los lados	35	43.8
Se realiza el AEM, entre el 5to - 7mo día de iniciada la menstruación	35	43.8
Al examinar sus senos en posición acostada, coloca una almohadilla bajo la zona de la espalda, del seno a explorarse	30	37.5
Se realiza el AEM, solo en posición de pie	26	32.5
Se realiza el AEM, solo en posición acostada	22	27.5

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

*Porcentaje obtenido en base a 80 encuestadas, que afirmaron realizarse el AEM.

Tabla 10

Práctica de examen clínico anual de mama por personal de salud, al que acuden las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

n = 80		
Examen clínico por Personal de Salud	No.	%
Si	27	33.7
No	53	66.3

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

*Porcentaje obtenido en base a 80 encuestadas, que afirmaron realizarse el AEM.

Tabla 11

Relación entre el colegio de educación media procedente y el conocimiento sobre el AEM, de las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Colegio	Conocimiento sobre el AEM				Total
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
Público	17	94.4	1	5.5	18
Privado	103	99.0	1	1.0	104
Total	120	98.4	2	1.6	122

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 12

Relación entre la carrera que se cursa y el conocimiento sobre el AEM, que poseen las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Carrera	Conocimiento sobre el AEM				Total
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
Medicina	30	100.0	0	0.0	30
Psicología	26	100.0	0	0.0	26
Pedagogía	30	96.8	1	3.2	31
Odontología	34	97.2	1	2.8	35
Total	120	98.4	2	1.6	122

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 13

Relación entre la carrera que se cursa y la práctica del AEM, que poseen las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Carrera	Han practicado el AEM				Total
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
Medicina	18	60.0	12	40.0	30
Psicología	18	69.2	8	30.8	26
Pedagogía	25	80.6	6	19.4	31
Odontología	19	54.3	16	45.7	35
Total	80	65.6	42	34.4	122

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 14

Relación entre el antecedente familiar de cáncer de mama y el conocimiento sobre el AEM, que poseen las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Antecedente familiar de cáncer de mama	Conocimiento sobre el AEM				Total
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
SI	24	100.0	0	0.0	24
NO	96	98.0	2	2.0	98
Total	120	98.4	2	1.6	122

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 15

Relación entre el antecedente familiar de cáncer de mama y la práctica del AEM, que poseen las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Antecedente familiar de cáncer de mama	Han practicado el AEM				Total
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
SI	17	70.8	7	29.2	24
NO	63	64.3	35	35.7	98
Total	80	65.6	42	34.4	122

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Tabla 16
Relación entre la religión y la práctica del AEM, que poseen las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Religión	Han practicado el AEM				Total
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
Católica	42	62.7	25	37.3	67
Evangélica	25	73.5	9	26.5	34
Otra	3	60.0	2	40.0	5
Ninguna	10	62.5	6	37.5	16
Total	80	65.6	42	34.4	122

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

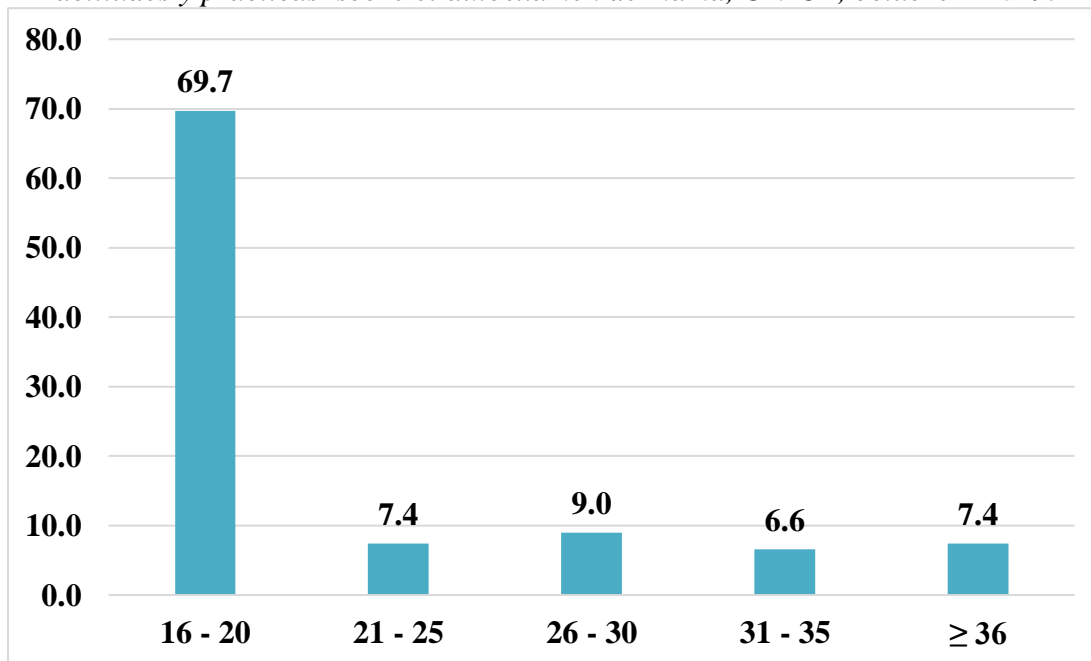
Tabla 17
Relación entre el conocimiento y la práctica del AEM, que poseen las encuestadas del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.

Conocimiento sobre el AEM	Han practicado el AEM				Total
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
SI	80	66.7	40	33.3	120
NO	0	0.0	2	100.0	2
Total	80	65.6	42	34.4	122

Fuente: Encuesta CAP sobre el AEM, en estudiantes de primer ingreso de la UNICA, octubre – 2019.

Gráfico 1

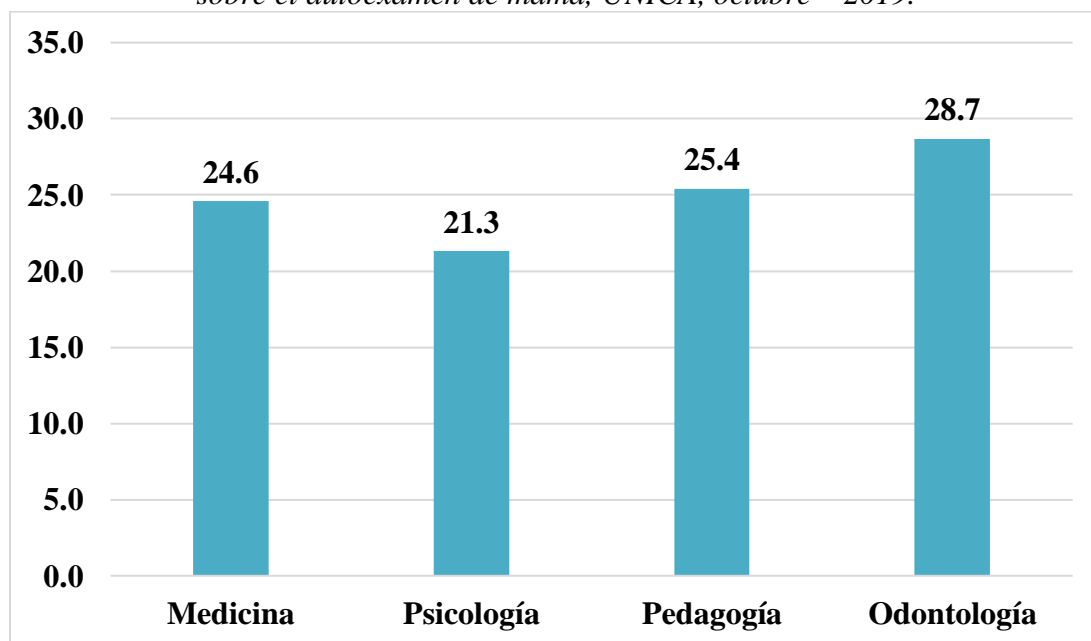
Grupos etarios observados entre las encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.



Fuente: Tabla 1.

Gráfico 2

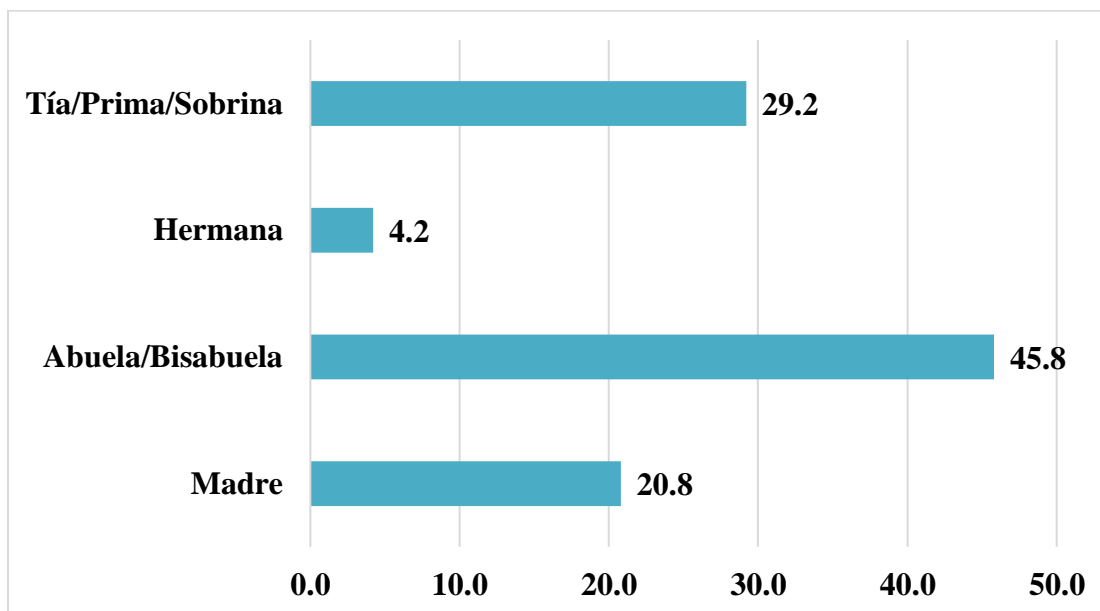
Carrera que cursan las encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.



Fuente: Tabla 1.

Gráfico 3

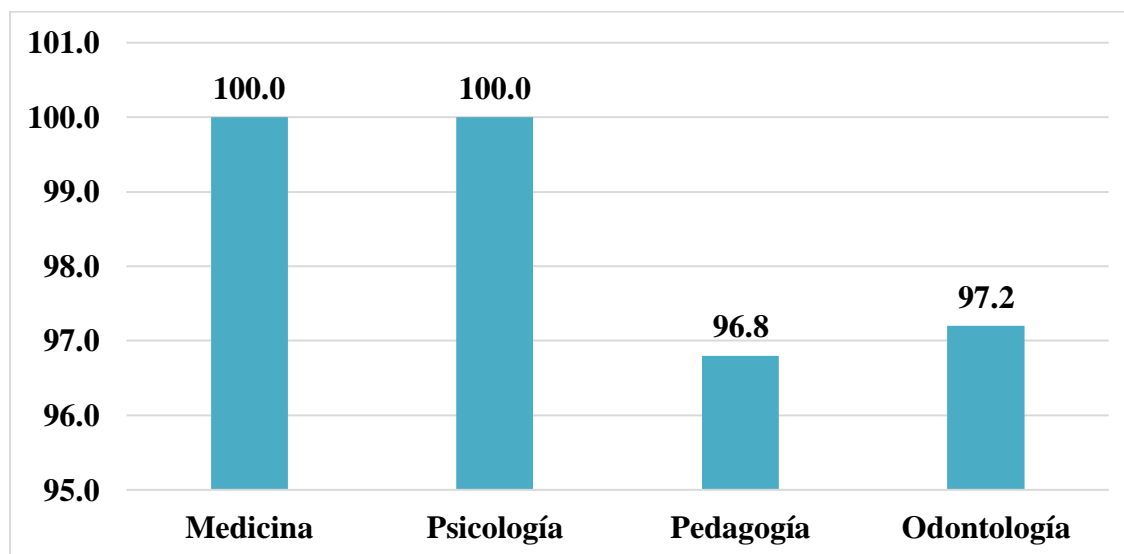
Historia familiar de cáncer de mama y parentesco, entre las encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.



Fuente: Tabla 2

Gráfico 4

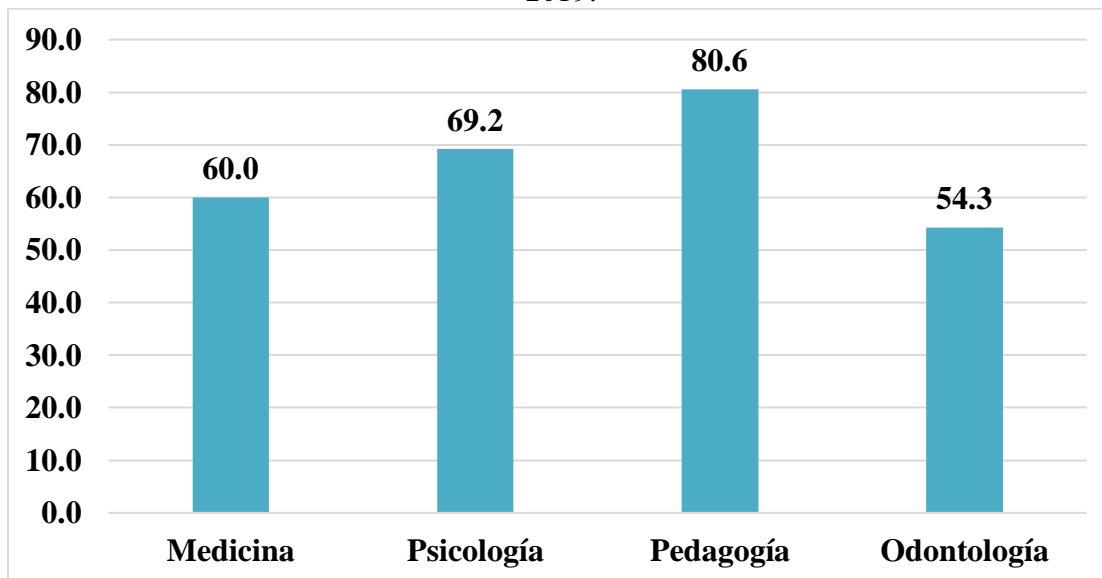
Conocimiento versus carrera cursada por las encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.



Fuente: Tabla 12.

Gráfico 5

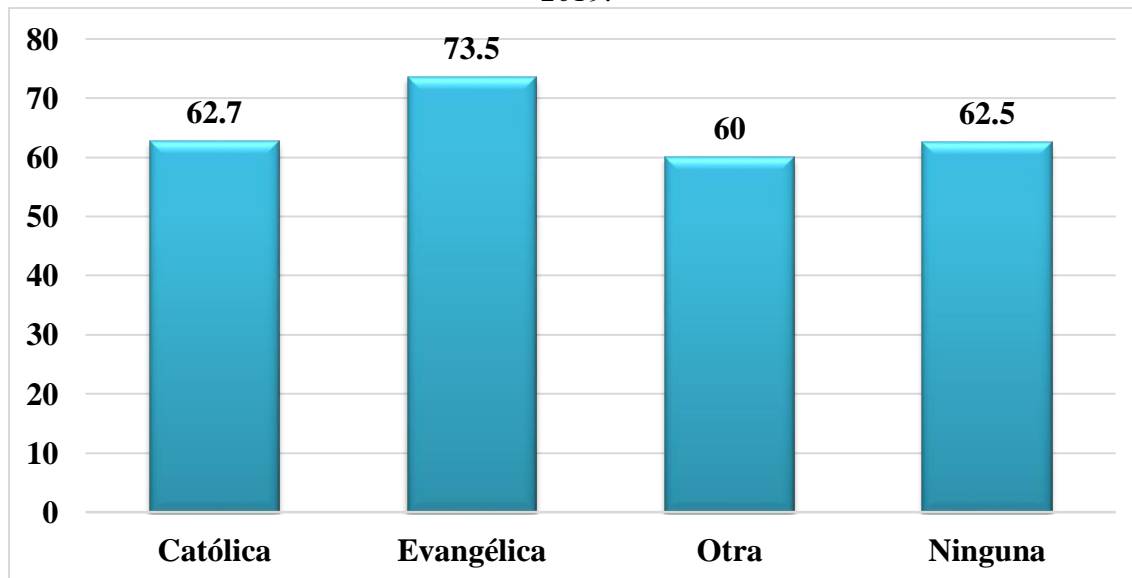
Práctica del AEM versus carrera cursada por las encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.



Fuente: Tabla 13.

Gráfico 6

Práctica del AEM versus la religión profesada por las encuestadas en el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama, UNICA, octubre – 2019.



Fuente: Tabla 16.

5.2. Instrumento de recolección de datos

ENCUESTA CAP: AUTOEXAMEN DE MAMA (AEM)

Con esta encuesta, se pretende determinar el conocimiento, actitud y práctica, que las estudiantes de primer ingreso de la UNICA, tienen con relación al autoexamen de mama (AEM). Participación es voluntaria; datos son anónimos y serán utilizados, únicamente para fines de este estudio.

Fecha: _____ Código Ficha: _____

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: conteste o marque con una X, según sea su respuesta:

- 1) Edad (años cumplidos): _____
- 2) Departamento de Origen: _____
- 3) Colegio Educación Media: Público: _____ Privado: _____
- 4) Carrera que estudia: Medicina: _____ Psicología: _____
Pedagogía: _____ Odontología: _____
- 5) Estado Civil: Soltera: _____ Casada: _____ Otro: _____
- 6) Número de Hijos: _____
- 7) Antecedente familiar de cáncer de mama: SI: _____ NO: _____
Parentesco: _____
- 8) Religión: Católica: _____; Evangélica: _____; Otra: _____; Ninguna: _____

II.- CONOCIMIENTO: en base al conocimiento que usted tiene, sobre el AEM y el cáncer de mama, señale con una X, la o las respuestas que considere sea, la más adecuada.

- 9) Usted conoce, sobre el autoexamen de mama? SI: _____; NO: _____
- 10) La utilidad del AEM, es para: Mantener firmeza en senos: _____
Mantener belleza de senos: _____
Detectar alguna anomalía: _____
Conocer mis senos: _____
- 11) La edad recomendada, para que la mujer inicie con la práctica del AEM es:
15 años: _____; 20 años: _____; 40 años: _____
- 12) En relación a la menstruación, el momento más idóneo para realizarse el AEM es:
7 días antes del sangrado: _____
1er. día del sangrado: _____
5to - 7mo día de iniciado el sangrado: _____
- 13) El AEM, debe realizarse en la siguiente posición: De Pie: _____
Acostada: _____; Ambas: _____
- 14) La palpación de la región axilar y supraclavicular, deben ser parte del AEM:
SI: _____; NO: _____
- 15) El AEM, debe realizarse: Mensual: _____; Trimestral: _____; Anual: _____
- 16) El AEM, solo deben realizárselo, mujeres que ya han tenido vida sexual?
SI: _____; NO: _____; Toda Mujer: _____

En base a su conocimiento, sobre algunos aspectos del cáncer de mama, señale con una X, cuál de los siguientes enunciados, considera sea un factor de riesgo o un factor de protección, ante esta enfermedad:

No.	Enunciado	Factor de Protección	Factor de Riesgo
17	Condición de obesidad/sobrepeso		
18	Lactancia Materna		
19	Menstruación precoz (antes de los 12 años)		
20	Menopausia tardía (después de los 55 años)		
21	Consumo de frutas, verduras, legumbres		
22	Mujer sin hijos, o primer hijo después de los 30 a.		
23	Consumo excesivo de alcohol		
24	Actividad física habitual		
25	Historia familiar de cáncer mamario (abuela, tía, madre, hermana)		
26	Dieta rica en grasa		
27	Uso de estrógenos después de la menopausia		
28	Vida sedentaria		
29	Mujer con más de un hijo procreado.		
30	Mujer mayor de 40 años		
31	Fumar		

Con respecto al cáncer de mama, marque con una X, la respuesta que considere correcta para los enunciados siguientes:

- 32) La mayor posibilidad de curación del cáncer de mama está dada por:
 Tratamiento Quirúrgico: _____
 Diagnóstico precoz: _____
 Quimioterapia: _____
 No Sabe: _____
- 33) Señale cuál de los siguientes métodos, considera más importante para la detección precoz del cáncer de mama?
 Examen clínico de mama por personal de salud: _____
 Autoexamen de mama: _____
 Mamografía: _____
 Ultrasonido: _____
- 34) Conoce algunos síntomas asociados al cáncer de mama? SI: _____; NO: _____
- 35) Mencione 2 de los síntomas que usted conoce:
 1: _____ 2: _____

III.- ACTITUD: en base a su percepción o postura, con respecto al AEM, señale su nivel de acuerdo o de desacuerdo, con los siguientes enunciados. Marque con una X, en la casilla, según sea su postura:

No.	Enunciado	En total desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	En total acuerdo
36	Debe ser una práctica habitual, en el cuidado de mi salud.					
37	Es malo y morboso, realizarme el AEM.					
38	Permite a la mujer conocer la normalidad de sus senos.					
39	Ayuda a identificar, anomalías en los senos.					
40	Los senos se ponen flojos, cuando se realiza el AEM.					
41	El personal de salud influye, para que me realice el AEM.					
42	Dejarías de considerarte una mujer, si pierdes tus senos.					
43	La religión influye, para realizarse el AEM.					
44	El cáncer de mama, no tiene cura.					
45	Mi pareja, familia o amistades; influyen para que me realice el AEM.					
46	La posibilidad de cura del cáncer de mama, es mayor si se detecta tempranamente.					
47	Debes acudir al médico, si detectas cualquier anomalía durante el AEM.					
48	En la familia no hay cáncer de mama, no necesito realizarme el AEM					
49	Temo encontrar algo malo en mis senos, prefiero no saber.					
50	Realizarse el AEM, requiere mucho tiempo.					
51	La práctica del AEM, puede salvarme la vida.					

IV.- PRÁCTICA: las siguientes preguntas o enunciados, están referidos a la frecuencia del AEM y a la propia práctica del mismo. Favor marque con una X, según sea su práctica.

- 52) Alguna vez, se ha realizado el AEM? SI: _____ Nunca: _____
 53) Con qué periodicidad, se realiza el AEM?
 C/Mes: _____ C/3 meses: _____
 Una vez, en los últimos 6 meses: _____

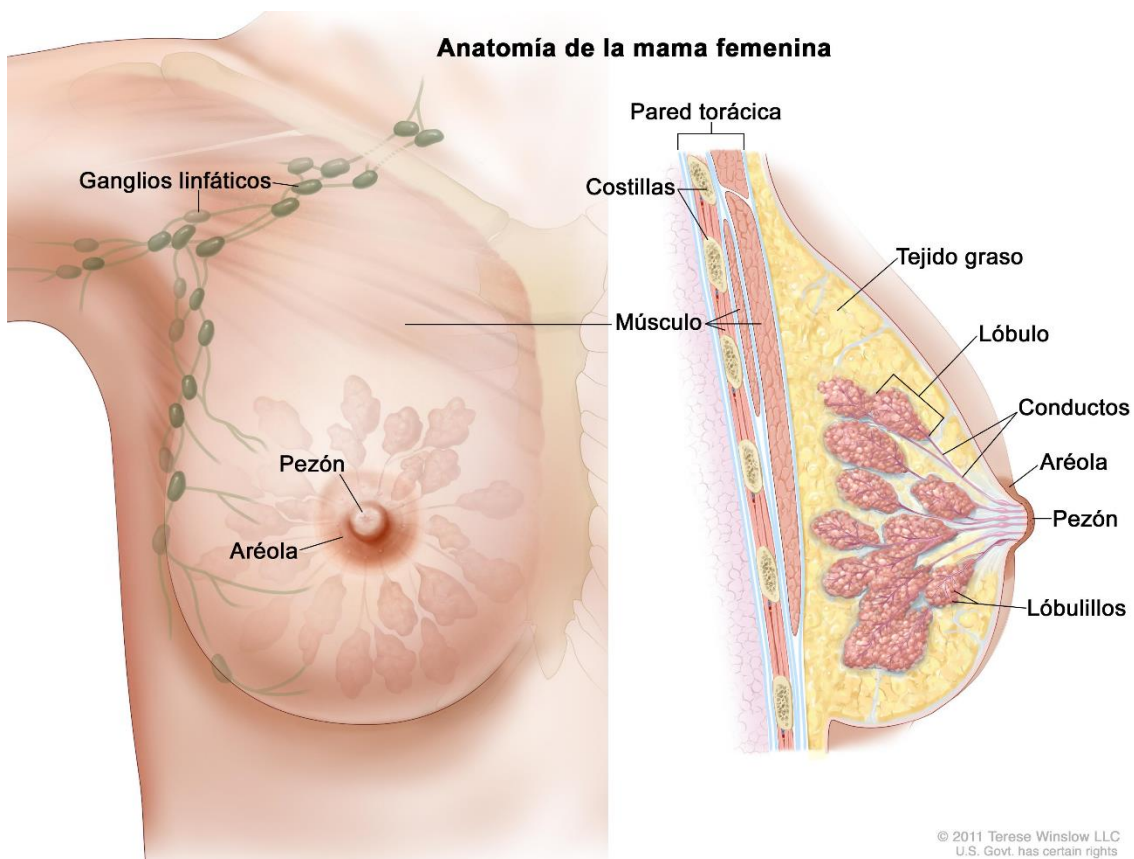
No.	Enunciado	SI	NO
54	Se realiza el AEM, entre el 5to - 7mo día de iniciada la menstruación?		
55	Se realiza el AEM, solo en posición de pie?		
56	Se realiza el AEM, solo en posición acostada?		
57	Se realiza el AEM, en ambas posiciones (de pie y acostada)?		
58	Utiliza un espejo para observar sus senos, en la postura de pie?		
59	Estando de pie, observa sus senos, con los brazos caídos a los lados?		
60	Estando de pie, observa sus senos, con los brazos levantados sobre la cabeza?		
61	Al examinar sus senos en posición acostada, coloca una almohadilla bajo la zona de la espalda, del seno a explorarse?		
62	Al examinar sus senos acostada, coloca el brazo del mismo lado, flexionado detrás de su cuello?		
63	Utiliza la yema de 3 o 4 dedos para palpar cada uno de sus senos?		
64	Se palpa los senos, con un movimiento circular, en sentido horario?		
65	Se palpa los senos, con un movimiento vertical ascendente y descendente?		
66	Se palpa los senos, con un movimiento radiado?		
67	La dirección con cualquiera de los movimientos que realiza para palpar sus senos, siempre va de la periferia, hacia el centro del seno?		
68	Al terminar la palpación, presiona moderadamente cada seno y el pezón, para verificar la presencia de cualquier tipo de secreción?		
69	Palpa la región axilar, como parte del AEM?		
70	Palpa la región supraclavicular, como parte del AEM?		
71	Acudiría de inmediato al médico, de notar o palpase alguna anomalía en sus senos?		
72	Acude cada año, para revisión de sus mamas, por el personal de salud?		

GRACIAS, POR SU COLABORACIÓN.

5.3. Escala de Tanner del desarrollo mamario



5.4. Anatomía de la mama adulta



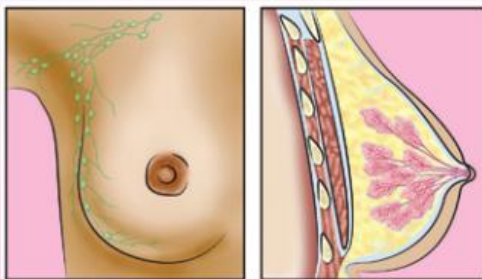
5.5. Ficha técnica sobre prevención del cáncer de mama- OPS/OMS

Ficha técnica sobre prevención de cáncer de mama

Objetivo específico: Reducir la incidencia y morbimortalidad por cáncer de mama.

Concepto

Tumor maligno que se origina en las células de la mama y que consiste en una proliferación acelerada e incontrolada de las células del epitelio glandular. Este cáncer tiene la capacidad de invadir los tejidos circundantes y enviar metástasis a otros órganos distantes del cuerpo.



Origen

Se desconoce la etiología del cáncer de mama.

Factores de riesgo

- Edad mayor de 40 años.
- Primera menstruación muy temprana (antes de los 12 años).
- Menopausia muy tardía (sobre los 55 años).
- Mujeres sin hijos o nacimiento del primer hijo después de los 30 años.
- Tejido mamario denso.
- Sobrepeso y obesidad.
- Exposición a radiaciones ionizantes.
- Estrés.
- Vida sedentaria.
- Dieta rica en grasas.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Fumar.
- Dolencias benignas de mama (quistes).
- Antecedentes de cáncer de mama en línea consanguínea (abuela, madre, hermana, tía).
- Uso de estrógenos después de menopausia.

Manifestaciones clínicas

- Nódulo en mama por lo general no doloroso.
- Cambios inflamatorios de la mama.
- Salida de secreciones serosas o serohemáticas por el pezón.
- Adenopatías axilares o supraclaviculares aún sin tumor mamario palpable.
- Erosión persistente de areola o pezón "mastitis" que no mejora.

Señales de alerta

- Pérdida de peso.
- Dolor óseo con o sin fracturas no asociadas a traumas.
- Dolor de cabeza que no mejora con analgésicos comunes.
- Dificultad para respirar.



Ficha técnica sobre prevención de cáncer de mama

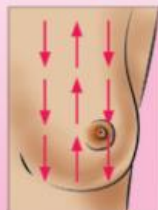
Recomendaciones

- Consuma alimentos saludables (frutas, verduras, entre otros).
- Realice actividad física.
- No consuma tabaco ni bebidas alcohólicas.
- Realícese autoexamen de mama mensualmente.
- Acuda al establecimiento de salud para examen clínico de mamas (una vez al año).
- Hágase mamografía cada año después de cumplir los cuarenta años.
- Consulte para atención médica oportuna por cualquier tumoración en mamas.

Autoexamen de seno: inspección manual (de pie)



Autoexamen de seno: inspección manual (recostada)



Para ambos tipos: con las puntas de los dedos juntas, palpar con delicadeza cada seno en una de estas tres direcciones.

Prevención

- El fin es identificar factores de riesgo del cáncer de mama y tratar de incidir en aquellos que sean modificables.

Principales medidas

- Promoción de los estilos de vida saludables en las mujeres en general y en aquellas que puedan tener factores de riesgo asociados.
- Realización de acciones educativas comunitarias en salud que propicien el empoderamiento social, comunitario y de la familia, para que las personas puedan identificar y analizar los diferentes factores asociados a desarrollar cáncer de mama.

Tamizaje del cáncer de mama mediante

- Autoexamen de mama mensual.
- Examen clínico anual y
- Mamografía anual desde los cuarenta años en adelante.

Consultar si al realizar el autoexamen encuentra cambio en las mamas como: tumoración, secreción por el pezón, dolor, etc. o de sus axilas (nódulo).

