



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN - MANAGUA

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MÁSTER EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

**BARRERAS ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DEL AUTO EXAMEN DE MAMA EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL ASISTENTES A CLÍNICA RAINBOW NETWORK,
CRUCERO, OCTUBRE 2019.**

AUTORA

EGRESADA DE LA MSSR: LUANY MARTHA ACEVEDO SEVILLA.

TUTORA

MSC. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

MANAGUA, AGOSTO 2020

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

INDICE

CAPÍTULO I: GENERALIDADES.....	i
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Opinión de la tutora.....	viii
RESUMEN.....	ix
1.1. Introducción.....	1
1.2. Antecedentes.....	3
2.1. Justificación.....	12
2.2. Planteamiento del problema.....	14
2.3. Objetivos.....	15
2.4. Marco teórico.....	16
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.....	38
2.1. Tipo de estudio.....	39
2.2. Universo.....	39
2.3. Muestra.....	39
2.4. Técnicas y procedimientos.....	40
2.5. Plan de tabulación y análisis.....	41
2.6. Enunciado de variables por objetivos.....	42
2.7. Operacionalización de variables.....	44
CAPITULO III: DESARROLLO.....	48
3.1. Resultados.....	49
3.2. Discusión y análisis.....	54
3.3. Conclusiones.....	57
3.4. Recomendaciones.....	58
CAPITULO IV: BIBLIOGRAFÍA.....	59
CAPITULO 5: ANEXOS.....	64
5.1. TABLAS.....	65
5.2. GRÁFICOS.....	73
5.3. Instrumento de recolección de información: encuesta.....	81

Dedicatoria

A Dios :

El ser supremo que me dio la vida,
sabiduría y salud para llegar a ver este
hermoso día.

A mi madre:

Ruth Sevilla Sánchez. Por su apoyo
incondicional y no perder la fe en mí.

A mis Docentes:

Por trasmitirme sus conocimientos y
guiarme por el camino de la sabiduría,
formándome con ética, moral y disciplina

Agradecimientos

A Licenciada Yadira Medrano por ser quien me insto a iniciar este proyecto y siempre me animo, a cumplir todos los requisitos necesarios para alcanzar esta meta.

A Dra. Castrillo quien me dio aliento y facilidades para concluir este trabajo.

A Dra. Flavia Palacios por su confianza, paciencia y su apoyo incondicional.

A la Clínica Rabino Network y todos sus colaboradores por permitirme realizar este estudio y a poyarme en todo lo necesario a lo largo de su realización.

La Autora: Dra. Luany Acevedo.

Opinión de la tutora

La tendencia en las Américas del Cáncer de mama va en aumento en los últimos años. El incremento del número de casos nuevos entre 2002 y 2007 en los países en desarrollo fue dos veces mayor que el observado en los países desarrollados. En América Latina y el Caribe se registran cerca de 100 000 casos anuales con un incremento durante el periodo mencionado de 18%, con una variación desde 10% en El Caribe hasta 21% en Centroamérica según un estudio realizado por Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Salud Pública (2009)

Por lo que el país establece dentro de sus políticas de prevención y control del Cáncer Mama, la realización del autoexamen de mamas ya que las cifras demuestran que la tendencia del cáncer de mama va en aumento en toda la región.

Así esta investigación tiene relevancia para evidenciar las barreras que tienen las mujeres para realizarse el autoexamen de mamas y de esta forma apoyar las creación de estrategias en la disminución de las brechas en pro de la salud de las mujeres.

La egresada de la Maestría Luany Martha Acevedo Sevilla aspirante al título, ha demostrado interés en el proceso de investigación disciplina y dominio temático con una amplia revisión bibliográfica.

Por lo que felicito a la investigadora por este estudio que será de utilidad para futuros estudios e insto a que continúe desarrollando sus habilidades en el área de la investigación científica.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue identificar las barreras para la realización del auto examen de mama, en mujeres en edad fértil asistentes a la clínica de Rainbow Network, El Crucero octubre 2019. El estudio fue descriptivo de corte transversal, con una muestra seleccionada de 159 mujeres, elegidas aleatoriamente por conveniencia. Para la recolección de datos se usó una encuesta anónima de 3 acápites y 89 enunciados, en la que se utilizó la escala modificada tipo Likert, se incluyeron todas las variables a estudio, se validó y se procedió al llenado.

El nivel académico fue secundaria con 50.3%, amas de casa (64.8%), la mayoría eran casada o acompañadas y un poco más del 50% profesaban la religión católica, el 80.5% están totalmente de acuerdo que el cáncer de mama les asusta. Las principales barreras identificadas fueron: despreocupación, pereza, falta de asistencia a las unidades de salud, de costumbre, temor a detectarse algo anormal y perder un seno, que los esposos las abandonen si tienen cáncer, bajos recursos y educación.

Se recomienda a las autoridades administrativas de la clínica Rainbow Network el fortalecimiento del personal por medio de talleres y actualizaciones en temas de salud sexual y reproductiva, en especial el cáncer de mama, también que el personal de salud tome un rol más activo en la prevención del cáncer de mama y sobre todo en la promoción del auto examen de mama.

Palabras claves: Cáncer de mama, Autoexamen; Mamas, Barreras, Mitos.

1.1. Introducción

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública de mayor trascendencia. Cada año se diagnostican en el mundo más de un millón de casos de esta enfermedad y fallecen por esta causa 548 mil mujeres. Actualmente está afectando de manera creciente a las mujeres de los países en vías de desarrollo. Hoy, más del 55% de las muertes por cáncer de mama se presentan en los países de ingresos bajos y medios. Los cambios demográficos y en los estilos de vida que se han producido en las últimas décadas en la mayoría de los países de Asia, África y América Latina modificaron la exposición de sus poblaciones a los riesgos asociados al cáncer en general y al cáncer de mama en particular.(Frenk, 2009)

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres de 40 a 44 años de edad en Nicaragua, según datos reportados por organismos no gubernamentales dedicados a este tema la tasa de mortalidad es de 23 por cada 100,000 personas, actualmente esta patología está presentándose en mujeres menores de 35 años, además se detecta en etapas más avanzadas.(Ortega, 2016)

Está demostrado actualmente que el diagnóstico precoz del cáncer de mama, mejora significativamente la supervivencia de las pacientes que padecen esta patología, y debemos de tomar en cuenta que el auto examen de mama es una herramienta para la detección oportuna de esta enfermedad y su práctica es sencilla y sin costo.

Los prestadores de servicios de salud tienen el compromiso de orientar a todas las mujeres a la realización del auto examen de mama, principalmente tomándose en cuenta que en Nicaragua no se dispone tan fácilmente al acceso de la mamografía, y esta debe de estar acompañada de un examen clínico completo, iniciando por la historia clínica como elementos indispensables para una correcta valoración de los factores de riesgo, el motivo de consulta, tiempo de aparición, etc.

Se debe de estudiar todas las barreras que obstruyan la realización del auto examen de mama, para poder elaborar estrategias y programas que las derriben y permitan promocionar este examen de bajo costo y fácil acceso para las mujeres nicaragüenses.

1.2. Antecedentes

A nivel Internacional

La buena práctica y la realización frecuente del auto examen de mama ha sido objeto de múltiples estudios en donde se analizan los factores que inciden en la realización de este importante examen.

Meneses-Chávez (2018), realizó una investigación: Creencias y conocimientos relacionados a la práctica del autoexamen de mama en mujeres universitarias de Colombia: Un estudio descriptivo. Llegando a los siguientes resultados:

1. Al momento de la encuesta, el 11,3% de la población estudiada acusó practicarse el AEM en los últimos doce meses. Tener más de 20 años y pertenecer al estrato socioeconómico bajo, mostraron las mayores tasas de respuesta de AEM con 12,0% y 15,0%, respectivamente.
2. En las variables del autocuidado, un 13,3% de las mujeres encuestadas respondieron haber recibido información sobre el cáncer de mama; 25,4% consideraron tener conocimientos sobre el cáncer de mama; 13,5% reportaron conocer la técnica del AEM, y 11,2% identifican los antecedentes familiares como factor de riesgo asociado al cáncer de mama.
3. De la población evaluada, el 11,3% de las mujeres acusaron practicarse el AEM mensualmente en los últimos 12 meses.
4. Tras ajustar por edad y estrato socioeconómico se observó que las participantes que recibieron información previa acerca de la detección temprana del cáncer de seno OR 2,76 (IC95% 1,29-5,91), que tenían conocimientos de la enfermedad OR 3,24

(IC95% 1,76-5,97) y que reportaron conocer el examen de mamografía OR 2,04 (IC95% 1,13-3,68); se asociaron como variables con la realización del AEM. (Meneses-Echávez et al., 2018)

La práctica del auto examen de mama en la población ha estudio fue baja y mostró que las mujeres que conocían los factores de riesgo para cáncer de mama mostraban una actitud positiva para la práctica del mismo.

Bohórquez-Moreno (2017), realizaron la investigación: Auto examen de mama en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia, en tres universidades de Cartagena-2017.

La investigación llego a la principal conclusión:

1. Pese a su formación las estudiantes de enfermería de Cartagena, tienen una práctica inadecuada del auto examen de mama, lo que puede generar mayores riesgos para la salud y reduce la posibilidad de la detección precoz de una patología mamaria.(Bohórquez- Moreno, 2017).

Es importante tomar en cuenta que las enfermeras son muchas veces las educadoras y formadoras en temas de salud para la población y cuando ellas mismas no realizan una práctica adecuada del auto examen de mama, no se puede esperar un buen aprendizaje en sus usuarias.

Carrillo-Larco (2017), realizaron un estudio: Nivel de conocimiento y frecuencia de la práctica del auto examen de mama en alumnos de los tres primeros años de la carrera de Medicina en una universidad privada de Lima, Perú -2017. Llegando a las principales conclusiones:

1. 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)

Al analizar a los estudiantes de medicina se observa al igual que las enfermeras en tienen una práctica baja del auto examen de mama algo en lo que se debe hacer incidencia para mejorar siempre a los prestadores de servicios sanitarios y al ellos darle la importancia adecuada a este examen puedan incidir favorablemente en las usuarias para aumentar la práctica adecuada del auto examen de mama.(Carrillo-Larco et al., 2016)

Urdaneta (2016), realizaron una investigación: Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del auto examen de mamas en mujeres de edad atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, en Maracaibo, Venezuela- 2016. En donde se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Al aplicar el cuestionario, se obtuvo una puntuación promedio de $45,3 \pm 10,9$ puntos, presentando la mayoría de las encuestadas un nivel de conocimiento entre bueno (50 %) y regular (47,9 %) sobre aspectos generales del cáncer de mama, factores de riesgo, prevención y autoexamen.
2. Se encontró que 64,6. % de las mujeres practicaban el autoexamen, realizándolo mayoritariamente una vez por mes (48,4 %), en cualquier momento (54,8 %), de pie (64,6 %), incluyendo el examen de las axilas (54,8 %), pezón y aureola (67,7 %), y haciéndolo motivadas por los medios de comunicación social (45,2. %) o por recomendación médica (29 %).
3. Solo 35,4 % de estas pacientes no lo hacían, principalmente debido al temor a encontrar enfermedad” (41,2 %). (Urdaneta et al., 2016)

Se puede ver que, aunque el estudio concluyó que el nivel de conocimiento tanto sobre el cáncer de mama como del autoexamen y su práctica entre las mujeres de edad mediana es bueno. Un poco más de la mitad refería realizarse el auto examen de mama una vez por mes, quedando expuesta una buena cantidad de mujeres estudiadas que no tenían una frecuencia adecuada en la práctica del auto examen de mama, y esto es un factor importante para poder diagnosticar precozmente cualquier patología mamaria, además sería interesante saber que barreras les impedían a las mujeres realizarse el examen de mama.

Lapeira (2015), realizó una investigación: Determinar el significado social atribuido a los senos y su influencia en el autocuidado en un grupo de jóvenes de la Universidad del Magdalena –Colombia. Cuyos resultados fueron:

1. 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.
2. 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. (Lapeira Panneflex, Acosta Salazar, & Vásquez Munive, 2016)

Este estudio revela el valor social que tienen los senos en las mujeres, ocasiona un temor al auto examen de mama, un rechazo a encontrar alguna anormalidad que ponga en peligro su sensualidad o disminuir su percepción de mujer, por lo que se debe de trabajar arduamente en eliminar esa forma de pensar.

González (2015) realizo una investigación: Estudio de intervención con las mujeres pertenecientes a la comunidad del consultorio 19 del policlínico "Raúl Sánchez" en el periodo de enero a julio de 2015. Pinar del Rio, Cuba. Cuyos resultados fueron:

2. El nivel de conocimientos de las mujeres sobre las enfermedades benignas mamarias fue insuficiente. Después de la intervención realizada estos se elevaron y se logró cambiar la percepción de las mujeres, que reflexionaron de forma conveniente sobre la importancia de la realización del autoexamen de mama en esta etapa de la vida.(González, Rodríguez, De La Cruz Pérez, Hernández, & Guerra, 2016).

En este estudio se ve una relación directamente proporcional entre el conocimiento del cáncer de mama y la práctica, ya que la población ha estudio tenían un pobre conocimiento y una poca práctica, pero al intervenir con un plan de educación aumento el conocimiento del cáncer de mama y mejora la práctica, lo que nos ratifica que esto puede ser una barrera para las pacientes.

Garcés-Palacio (2014), realizo un estudio: Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín-Colombia, en el

periodo del 1 de junio del 2011 al 30 noviembre del 2012. Las barreras del sistema de salud reportadas fueron:

1. Barreras estructurales: fragmentación en la prestación del servicio, problemas con afiliaciones y características del régimen de afiliación.
2. Barreras administrativas: problemas y demoras en la asignación de citas, largas filas, problemas con autorizaciones y maltrato.
3. Barreras económicas derivadas de las dos anteriores y relacionadas con el gasto de bolsillo. (Garcés-Palacio, Rubio-León, & Ramos-Jaraba, 2014)

Es interesante identificar si para la realización del autoexamen de mama, se encuentran estas mismas barreras, ya que el tiempo de espera, el maltrato y muchas de estas barreras pueden influir en la población a estudio.

Hirmas (2013), realizo un estudio: Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Santiago de Chile 2010. Para determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia. Sus resultados fueron:

1. Se seleccionaron 19 de 1 160 resultados de la revisión de artículos científicos, y 8 de 12 documentos de la revisión de literatura gris. Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grados de desarrollo.
2. Las 230 barreras se clasificaron acorde al modelo de Tanahashi: 25 corresponden a la dimensión disponibilidad, 67 a accesibilidad, 87 a aceptabilidad y 51 a contacto.
3. La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad.

4. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente. (Aduy et al., 2013)

Es importante reconocer que una de las barreras fundamentales que presentan las usuarias para la atención es la aceptabilidad del servicio, el cual depende en gran manera del personal de salud, y su accesibilidad es otro factor que no se debe olvidar.

Bell Santos (2012), realizó un estudio: Autoexamen de mama en mujeres de la comunidad “19 de Abril” del municipio venezolano de Guanare, 2012. Los Resultados revelaron:

1. El 75,1 %, no ejecutan el auto examen de mama.
2. Las principales fuentes de información que sobresalieron: promoción gráfica, familiares y amigos. (Bell Santos & Oduardo Perez, 2015)

En este estudio el resultado de la práctica del auto examen de mama es muy bajo y se ve que las fuentes de información no provenían de personal de salud, y es ahí donde se debe incidir para identificar cual es la barrera que la población tiene para pedir información a los trabajadores de la salud

Proenza (2011), realizó un estudio: Modificación de conocimientos sobre el autoexamen de mamas en mujeres de la Policlínica Universitaria “René Vallejo Ortiz”, en el municipio de Manzanillo de la provincia de Granma, desde junio hasta diciembre del 2011. El cual concluyo:

1. En la serie predominaron las féminas de 20-39 años (12 para 46,0 %). De igual manera, primaron el nivel de escolaridad preuniversitario y las amas de casa, con 34,6 y 61,4 %, respectivamente.

2. Antes de la intervención educativa 69,2 % de las féminas no practicaban la autoexploración mamaria; sin embargo, posterior a ella se alcanzó un predominio de las que lo realizaban, con 96,2 % y solo 3,8 % se mantuvo sin efectuar esta práctica.
3. Al inicio, 12 mujeres (46,2 %) realizaban este proceder sin periodicidad, pero después de la acción educativa, la totalidad de los casos refirieron conocer la frecuencia de realización y aplicarlo mensualmente. (Proenza, Leidys. Gallardo, Yurieth, 2012)

En este estudio podemos observar como al intervenir en los niveles de conocimientos mejoramos en la práctica del autoexamen de mama.

A nivel Nacional

Ibarra (2017), realizo un estudio: Conocimiento y prácticas del auto examen de mama en Embarazadas atendidas en la sala de ARO del Hospital Victoria Motta en el II trimestre del año 2016- Jinotega Nicaragua. El cual llego a la conclusión:

1. El nivel de conocimiento de las mujeres es no aceptable hacia el Auto examen de mamas, regular en técnicas, no saben quiénes, ni cuando se deben realizar el auto examen de mamas.
2. Las mujeres Embarazadas al no conocer el Auto examen de mamas no saben cómo deben de realizarse la autoexploración mamaria.(Ibarra, 2017)

En este grupo a estudio se observa que el nivel de conocimiento sobre el auto examen de mama, puede ser una barrera para su práctica, por ello es necesario evaluar si esto ocurre en otros segmentos de la población.

Algunas barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama, tales como la vergüenza, el temor y el desconocimiento de la técnica para la realización adecuada del auto examen de mama.

Hernández (2017) realizó una investigación en la ciudad de Managua: “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”. Cuyos principales resultados fueron:

1. 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%.
2. Se concluyó que pese a que las mujeres han recibido información sobre el autoexamen de mamas, y pese a que si se ha logrado romper con tabúes impuestos por la sociedad entorno a su realización, no cuentan con los conocimientos suficientes, por lo tanto no realizan las técnicas adecuadas.(Hernández A. Obregon, 2007)

Las mujeres en este estudio presentaron un nivel de conocimiento malo lo que influye en la realización del auto examen de mama e insta a mejorar a promoción y educación de las usuarias con respecto a este examen tan útil en el diagnostico precoz del cáncer.

2.1. Justificación

El cáncer es un problema creciente en las Américas y en todo el mundo por varias razones, principalmente por el envejecimiento de la población y el cambio en los estilos de vida, que aumentan la prevalencia de factores de riesgo.(OMS, 2018)

Existe un amplio conocimiento sobre las causas del cáncer y las intervenciones que se pueden implementar para prevenir y controlar la enfermedad. Estas estrategias están basadas en la evidencia y se orientan a prevenir y detectar el cáncer en etapas tempranas, así como al tratamiento de los pacientes con cáncer. Muchos tipos de cáncer tienen una alta probabilidad de curación si se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente.(OMS, 2018)

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

Se concluye que el cáncer de mama es un problema de salud pública de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y que las mejores armas para lograr abatir la mortalidad por esta enfermedad son la realización temprana de exámenes que permitan diagnosticarlos en etapas tempranas.(Rodríguez. & Garcia, 2006)

El auto examen de mama puede detectar precozmente el cáncer de mama, pero diferentes estudios tanto latinoamericanos como nacionales han mostrado diversas barreras para la realización del Auto examen de mama, es necesario evaluar a la población a estudio para encontrar las barreras existentes y elaborar estrategias que fomenten la desmitificación de esta prueba para poder promocionarlas y aumentar la práctica y el conocimiento de este examen.

2.2. Planteamiento del problema

Eliminar las barreras para los servicios de salud es muy importante y promocionar exámenes preventivos es mucho mejor, el auto examen de mama es una herramienta para la detección temprana del cáncer de mama y de esta manera se logra preservar la salud de la mujer nicaragüense.

En Nicaragua cada año unas 900 personas son diagnosticadas con cáncer de seno, ocupando el segundo lugar en la lista de los tipos de cáncer más común en las mujeres. La edad de 40 a 45 años entre las que el cáncer de seno tiene mayor incidencia. (Aviles, 2017)

Al reconocer la importancia de la realización del auto examen de mama es prioritario lograr identificar que barreras limitan su práctica por lo que planteo el siguiente problema:

¿Cuáles son las Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, crucero, octubre 2019?

2.3. Objetivos

- Objetivo general

Analizar las barreras para la realización del auto examen de mama, en mujeres en edad fértil asistentes a la clínica de Rainbow Network, El Crucero octubre 2019.

- Objetivo específicos

1. Describir las características sociodemográficas del grupo a estudio.
2. Determinar las barreras internas de la población en estudio.
3. Identificar las barreras externas que influyen en la práctica del auto examen de mama.

2.4. Marco teórico

Situación epidemiológica

En las Américas, el cáncer de mama es el más común en mujeres y la segunda causa principal de muerte por cáncer en mujeres. Se estima que 400.000 mujeres fueron diagnosticadas y más de 92.000 murieron por cáncer de mama en las Américas en 2012. Si las tendencias actuales continúan, se espera que el número de nuevos casos aumente en un 46% en la región en 2030.(OMS, 2015)

El diagnóstico precoz de la enfermedad, junto con el tratamiento, sin embargo, salva vidas. La mayoría de las mujeres que son diagnosticadas en estadio temprano (I y II) del cáncer de mama y que reciben tratamiento pueden esperar un resultado favorable, con tasas de supervivencia a 5 años de 80% a 90%.

Si bien las causas del cáncer de mama siguen siendo en gran parte desconocidas, los factores de riesgo incluyen la edad, antecedentes familiares de cáncer de mama, la edad temprana de la primera menstruación y la edad tardía al primer parto, el uso de hormonas, la obesidad y el consumo de alcohol. La lactancia materna, la actividad física, la aparición tardía de la primera menstruación, el inicio del embarazo y la menopausia precoz son factores de protección contra la enfermedad.(OMS, 2015)

El cáncer de mama en la mujer constituye uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados, debido a su alta incidencia y elevada mortalidad, ocasionando además una importante repercusión física y psicológica en las mujeres afectadas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente fallecen más de medio millón de mujeres en el mundo debido al cáncer de mama y cérvix, incrementándose en países subdesarrollados.

Embriología y Anatomía de la glándula mamaria

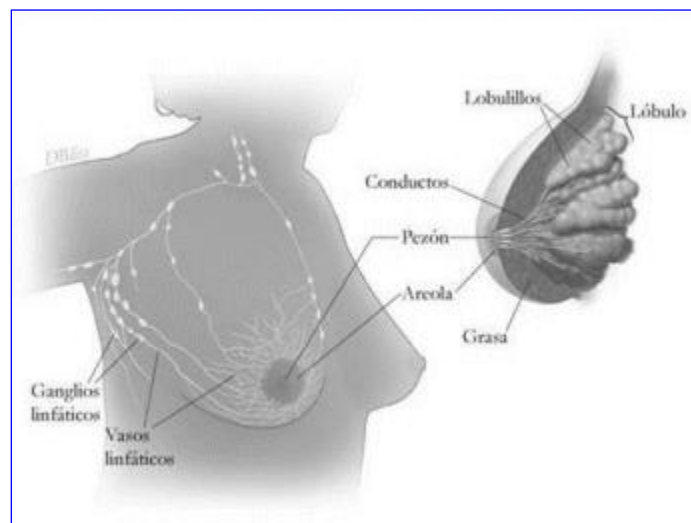
El primer indicio de las glándulas mamarias es un engrosamiento a manera de banda de la epidermis, la línea mamaria o cresta mamaria, en el embrión de siete semanas, se extiende a ambos lados del cuerpo desde la base de la extremidad superior hasta la región de la extremidad inferior. Hacia el final de la vida intrauterina, los brotes epiteliales se canalizan y forman los conductos galactóforos, mientras que los esbozos constituyen los conductos de menor calibre y los alveolos de la glándula. Las glándulas dentro de las mamas se clasifican como glándulas túbulo alveolares compuestas y consisten en 15 a 20 lóbulos que se irradian desde el pezón y se separan entre sí por tejidos adiposos y conectivo colagenoso. Cada lóbulo es drenado por su conducto lactífero propio que lleva directamente al pezón, y antes de llegar al pezón cada uno se dilata para formar un seno lactífero ya continuación se estrecha antes de desembocar en el pezón. El epitelio escamoso queratinizado de la piel supra adyacente se hunde en los orificios del pezón y después se transforman en un epitelio cúbico de doble capa que tapiza los conductos. Los conductos y lobulillos están tapizados por dos tipos de células. Las mioepiteliales contráctiles con miofilamentos que se disponen como una malla sobre la membrana basal y las células epiteliales lumbinales que se superponen a las células mioepiteliales. Se postula que una célula madre comprometida en el conducto terminal puede dar lugar a las células tanto lumbinales como mioepiteliales. (Mamaria & Patologías, 2012)

También existen dos tipos de estroma mamario. El estroma interlobulillar, que corresponde a un tejido conjuntivo fibroso denso mezclado con tejido adiposo. Y el estroma intralobulillar

que rodea a los acinos de los lobulillos y está constituido por células similares a los fibroblastos con respuesta hormonal.(Mamaria & Patologías, 2012)

Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas modificadas que se sitúan sobre la fascia superficial, anteriores a la musculatura pectoral y a la pared torácica anterior. Cerca de 80 a 85% de la mama normal es tejido adiposo.(Mamaria & Patologías, 2012)

Los tejidos mamarios están unidos a la piel que los recubre y al tejido subcutáneo mediante bandas fibrosas o aponeuróticas llamadas ligamentos de Cooper, que sostienen a la mama en posición erecta sobre la pared torácica. Esta se extiende justo por debajo de la segunda costilla por la parte inferior hasta la sexta o séptima costilla. La protuberancia de la mama está situada entre el borde esternal externo y el pliegue axilar anterior. El espacio retromamario separa la mama de la fascia profunda del músculo pectoral mayor y proporciona cierto grado de movimiento sobre las estructuras subyacentes.(Mamaria & Patologías, 2012)



Cáncer de mama

Es una enfermedad heterogénea que puede ser clasificada usando una variedad de características clínicas y patológicas.

En la historia, el primer documento que habla sobre cáncer de mama, es el papiro quirúrgico de Smith (3000 – 2500 a.C.), que describe cáncer de mama en un hombre, pero la descripción abarcaba la mayor parte de las características clínicas comunes.(Mamaria & Patologías, 2012)

Por muchos años, el cáncer de mama se clasificaba acorde a sus características histopatológicas. Pero, más recientemente, técnicas de análisis de expresión genética se han utilizado para clasificar los tumores mamarios acorde a los subtipos moleculares.(Mamaria & Patologías, 2012)

La clasificación desde el tipo histológico, se han podido determinar dos grupos distintos, el carcinoma in situ y el carcinoma invasor. El carcinoma invasor es aquel que invade más allá de la membrana basal y se introduce en el estroma mamario, desde donde puede llegar a invadir los vasos sanguíneos, ganglios linfáticos regionales y a distancia.

Entre los principales tipos histológicos de carcinoma de mama se encuentran:

- el carcinoma ductal (79%)
- el lobulillar (10%)
- el tubular (6%)
- el mucinoso (2%)
- el medular (2%)
- el papilar (1%)

- el metaplásico (1%).

La incidencia de cáncer de mama varía considerablemente entre los grupos raciales y étnicos. Y ha sido demostrado que las distribuciones de los subtipos moleculares de cáncer de mama muestran esta misma variación. Además, la incidencia de cáncer de mama y la mortalidad varía mucho por factores demográficos como la edad, raza/etnia, nivel socioeconómico, y factores del tumor como tamaño, grado histológico y estado de los receptores del tumor. Por lo general, las pacientes con factores de bajo riesgo suelen tener tumores hormono-sensibles y deberán tratarse inicialmente con hormonoterapia. Por el contrario, las de alto riesgo y agresividad deberán valorarse para tratamiento con quimioterapia y eventualmente terapias blanco.(Mamaria & Patologías, 2012)

Factores de riesgo

La causa del cáncer de mama no se conoce, pero sí se sabe algunos factores (le riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad.(Romero, Arreygue, César, & Hernández, 2008)

Hay que tener en cuenta que aquellas mujeres que tengan mayores probabilidades de padecer cáncer de mama (por tener más factores de riesgo) **pueden tomar medidas preventivas** que reduzcan esa probabilidad como revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida.(Romero et al., 2008)

- **Sexo:** El cáncer de mama se da principalmente en la mujer, aunque. También puede afectará los hombres, pero la probabilidad es mucho menor.

- **Edad:** Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años. (Romero et al., 2008)
- **Genes :** En la actualidad, la expresión de receptores de estrógenos (ER), receptor de progesterona (PgR), y receptor HER2, junto con variables clínico patológicas, como participación nodal, tamaño del tumor, tipo histológico, grado tumoral, y márgenes tumorales, son usados comúnmente para seleccionar el tratamiento y para predecir el pronóstico de la enfermedad. Los fenotipos de cáncer de mama se clasifican en 4 subtipos: luminal A (ER+ y/o PgR +, HER2-); luminal B (ER+ y/o PgR+, HER2+); basal (ER-, PgR-, HER2-) y HER2/neu (ER-, PgR, HER2+). (Mamaria & Patologías, 2012)
- **Antecedentes familiares:** Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente. (Romero et al., 2008)
- **Antecedentes personales:** Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aun así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de manta pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.
- **Raza:** Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor, probablemente porque a ellas se

les detecta en estadíos más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.(Romero et al., 2008)

- **Períodos menstruales:** Cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecer esta enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo. El embarazo después de los 30 años también aumenta el riesgo. Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer. (Romero et al., 2008)

Factores relacionados con el estilo de vida

- **Uso prolongado de anticonceptivos:** Los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos tiene un riesgo menor de aparición del cáncer de mama. (Romero et al., 2008)
- **Terapia hormonal sustitutiva:** Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes.(Romero et al., 2008)
- **Alcohol:** El consumo de alcohol durante años está claramente vinculados al riesgo elevado de cáncer de mama
- **Exceso de peso:** El exceso de peso está relacionado con un riesgo más alto de tener esta Enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumenta ese riesgo. Hay que tener presentes estos factores de riesgo, y evitar aquellos que se puedan. (Romero et al., 2008)

- **Tabaquismo:** algunos autores piensan que el benzopireno, las aminas aromáticas y nitrosaminas están implicadas en la carcinogénesis de la mama. (Romero et al., 2008)

Barreras para el acceso a los servicios de salud

La literatura internacional reconoce que el "acceso" es un concepto con dificultades en su definición, y que en la práctica se utiliza de manera imprecisa pues muestra límites borrosos con otros conceptos relacionados, de ahí la tendencia a usarlo indistintamente como sinónimo de "uso", "disponibilidad", "búsqueda de la atención", o a confundirlo con algunos de sus componentes, como la "cobertura".(Fuentes Reverón, 2017)

Otra cuestión en disputa es de carácter terminológico (aunque en ocasiones con anclaje teórico también), y es la relativa al uso del término "acceso" o "accesibilidad". Hay autores que los utilizan indistintamente, sin encontrar conflicto entre sus significados; en otros casos se establece una distinción entre ambos conceptos, a partir del criterio de que uno está contenido en el otro: uno es el proceso y el otro una etapa dentro de este, específicamente la posibilidad de llegar al servicio.(Fuentes Reverón, 2017)

Es en extremo importante para la definición de "acceso" tener en cuenta su carácter multidimensional y, si es preciso, acotar la amplitud o estrechez con que se va a usar concretamente en cada contexto en que se le emplee. Algunos señalan que es un proceso general donde hay que evaluar una variedad de cuestiones como la "disponibilidad", "accesibilidad", "acomodación" y "aceptabilidad" de los servicios de salud, donde se entiende que los servicios son accesibles sí las personas tienen medios para utilizarlos y otros lo abordan diferenciando dimensiones de este: geográfica, económica, administrativa, simbólico-cultural, entre otras.(Fuentes Reverón, 2017)

Donavedian, uno de los primeros en desarrollar el concepto de "accesibilidad", la define como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud. Desde esta mirada, la accesibilidad se muestra como un concepto relacional, al hacer énfasis en esta como articulación o relación (negociada, pero también conflictiva) entre los servicios y las características y necesidades de la población.(Donavedian, 1973)

Frenk concibe la "accesibilidad" como algo adicional a la mera presencia o disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un momento dado, y sugiere que su dominio se restrinja al proceso de buscar y recibir atención. Aun así, señala la necesidad de tener en cuenta otras cuestiones como la "disponibilidad", que constituye la presencia de los recursos para la salud, representa un extremo del proceso de búsqueda y obtención de la atención, donde la "utilización", que representa el consumo real de los servicios, viene a ser el otro extremo, el final del proceso.(Fuentes Reverón, 2017)

Siguiendo el análisis de Frenk, entre cierta capacidad para producir los servicios y el uso de los mismos, hay una serie de fenómenos intermedios, por lo cual la "disponibilidad" no implica "utilización". En este sentido pueden existir, en esa mediación entre un proceso y otro, una serie de obstáculos o barreras de acceso, entendidas como factores que se colocan entre los usuarios y los servicios y que obstaculizan o limitan la posibilidad de lograr la atención necesaria.

Al respecto el autor ofrece una tipología basada en las fuentes de dicho obstáculos o barreras:

- Obstáculos ecológicos: se origina en la localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de distancias y tiempos de transporte.

- Obstáculos financieros: precios.
- Obstáculos organizativos: se originan en los modos de organización de los recursos, ya sea en la entrada o al interior de un establecimiento de salud, y se refiere a características organizativas que interfieren el contacto inicial con los servicios y con la recepción oportuna de atención una vez dentro del sistema.(Fuentes Reverón, 2017)

Como se ha visto, hay barreras que se deben rebasar antes de recibir la atención médica (tiempo de viaje, de espera, pago de servicios, entre otros) y hay otras relacionadas con las características de los servicios una vez se ha conseguido entrar en el sistema, como el proceso de referencia y contra referencia. Como señala Frenk, la importancia relativa de cada obstáculo variará de acuerdo con el modo de organización del sistema de atención a la salud: en una situación de libre mercado los obstáculos financieros pueden ser muy importantes; en un sistema con cobertura universal pueden ocupar un lugar secundario.

Otra forma de abordar la accesibilidad es diferenciando dimensiones de esta:

- Geográfica: relacionada con la distancia entre beneficiarios y servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles.
- Económica: relacionada con la capacidad financiera de las personas en relación con los costos asociados a atención y otros aspectos relacionados con esta.
- Administrativa: referida a trabas burocráticas relacionadas con el acceso a los servicios.
- Simbólico-cultural: hábitos y costumbres de la población, y las diferencias existentes a nivel cultural entre beneficiarios y prestadores de los servicios.

Cada una de éstas permite, a su vez -y muy en sintonía con los aportes de Frenk ya vistos-, identificar dificultades o barreras para que el proceso de necesidad, búsqueda y obtención de los servicios transcurra normalmente y se logre la satisfacción de los usuarios y la mejora o conservación de su nivel de vida. En este sentido, hay barreras originadas en el sistema de prestación de servicios (referidas a influencias que la organización de dicho sistema ejerce sobre las posibilidades para facilitar el acceso) y otras originadas en la demanda (relativas a características individuales como variables sociodemográficas, la estructura social y la cultura).(Fuentes Reverón, 2017)

Una de las cuestiones presentes en el debate acerca del acceso a los servicios de salud es la consideración de que este tipo de estudios deben permitir determinar si la atención es efectiva y apropiada para los individuos, para lo cual hay que trascender de un concepto de "acceso" como medida de entrada al sistema y analizar también el contenido y el resultado de la atención: su calidad y el impacto que tiene en términos de la satisfacción de las necesidades de los usuarios, cuestiones que generalmente han quedado fuera de los acercamientos a esta cuestión.(Fuentes Reverón, 2017)

Desde este punto de vista "acceder" al sistema de salud no es suficiente, lo que se espera es que el acceso permita una atención médicamente fundada, que genere beneficios en la salud y el bienestar de los pacientes. Para evaluar esto hay que tener en cuenta si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema de salud; de ahí que hay que incluir no solo el contacto inicial con los servicios de salud sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio de enfermedad.(Fuentes Reverón, 2017)

Al respecto es importante señalar que, una vez producida la utilización del servicio es necesario analizar el contenido y resultado de la misma, es decir, la calidad de la atención.

La multidimensionalidad de la calidad del servicio se ha justificado teóricamente. Uno de los aportes más significativos en este sentido son los de Parasuraman y otros, que según Losada y Rodríguez. Identifica las siguientes: elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos que inspiren credibilidad y confianza), y empatía. (Fuentes Reverón, 2017). Principales barreras identificadas por dimensión según el Modelo de Tanahashi. Fuente: (Aday et al., 2013)



Modelos de Creencias de la Salud (HBM)

El HBM ha sido uno de los marcos conceptuales más extensamente usados para explicar el cambio y mantenimiento de comportamientos relacionados con la salud y desarrollar guías teóricas para intervenciones en salud. En el HBM la probabilidad de que alguien realice una conducta saludable se explica por cuatro tipos de percepciones: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas. Susceptibilidad se refiere a la vulnerabilidad o riesgo percibido de contraer la afección. Severidad está relacionada con la seriedad percibida de la enfermedad. Incluye una evaluación de las consecuencias médicas/clínicas como de las consecuencias sociales. (Champion VL, 2008)

Los beneficios percibidos dependen de la efectividad de las acciones que el individuo percibe. Las barreras percibidas son situaciones que afectan tanto las intenciones para realizar una conducta particular como la ejecución real de la conducta. Pueden ser imaginarias o reales, consisten en percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido en una acción particular. La conducta promotora de salud, es el logro de los resultados de salud positivos para la persona. Particularmente está integrada a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la vida y da como resultado una experiencia de salud positiva. (Champion VL, 2008)

Síntomas

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer, aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo suele ser un **bulto** que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada. (Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte **cualquier anomalía** se debe consultar con el médico.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. (Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilares pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y, la extensión del tumor. (Cáncer, 2019)

Otros signos que pueden aparecer son:

- **Dolor** o retracción del pezón.
- **Irritación** o hendiduras de la piel.

- **Inflamación** de una parte del seno.
- **Enrojecimiento** o descamación e hipertermia de la piel o del pezón.
- **Secreción** por el pezón, que no sea leche materna.
- **Ulceración** cutánea del seno
- **Aumento** de la red venosa superficial del seno.(Cáncer, 2019)



Diagnóstico

La prevención más eficaz del cáncer de mama es la detección precoz y por ello la autoexploración de las mamas de forma periódica, es fundamental. Además, a partir de los 50 años y antes si existen factores predisponentes familiares se deben realizar de forma periódica (cada 2 años) una exploración llamada mamografía. Esta exploración detecta pequeños tumores que pueden pasar desapercibidos en la autoexploración

La aparición de algún nódulo sospechoso indica la realización de una biopsia del mismo, esto supone tomar un pequeño trozo del nódulo y analizarlo al microscopio para determinar la presencia de células cancerosas.(Cancer, 2019)

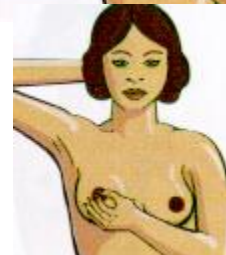
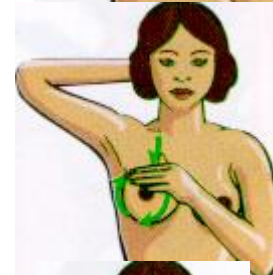
- AUTOEXAMEN DE MAMA

Es muy recomendable realizar el auto examen una vez al mes a partir de los 18 años. Es importante hacerlo cuando ya ha desaparecido la congestión hormonal producida por la regla, una semana después, de finalizar ésta. En períodos de embarazo o cuando ya no hay menstruación conviene realizarla cada mes, eligiendo un día fijo que sea fácil de recordar.

- CÓMO REALIZAR EL AUTOEXAMEN DE MAMAS

PASOS

1. Con buena iluminación y frente a un espejo coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón. (MINSAs, 2006)
2. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo. Como lo indica la imagen siguiente (MINSAs, 2006)
3. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares. (MINSAs, 2006)
4. Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Palpe toda la superficie completando toda la mama, determine la presencia de masas o dolor. (MINSAs, 2006)
5. Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado. (MINSAs, 2006)



6. Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Examine la axila con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas. (MINSAs, 2006)



7. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores. (MINSAs, 2006)



8. Acuéstese y coloque una almohada o un trapo grueso doblado, bajo su hombro derecho. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo. (MINSAs, 2006)



9. Con la mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares. (MINSAs, 2006)



10. Continúe dando la vuelta a la mama. Palpe toda la superficie en busca de una masa o zona hundida. (MINSAs, 2006)



11. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores. (MINSAs, 2006)



MAMOGRAFÍA

Esta técnica consiste en colocar la mama entre dos placas y presionarla durante unos segundos mientras se realizan las radiografías.

El estudio debe incluir la toma de dos proyecciones para cada mama:

- cráneo caudal
- medio lateral oblicua.

Se realizará la mamografía de acuerdo a las siguientes condiciones:

- 35 a 40 años mamografía basal.
- 41 a 49 años mamografía cada dos años.
- 50 años y más: mamografía anual.(MINSa, 2006)

ULTRASONIDO

Es una técnica secundaria en el diagnóstico de cáncer de mama. Se emplean ultrasonidos que son convertidos en imágenes

Su utilidad se encuentra en que con ella se pueden diferenciar los tumores formados por líquido (quistes) de las masas sólidas. La importancia de detectar esa diferencia es mucha pues los quistes no suelen necesitar un tratamiento si no hay otros síntomas, mientras que las masas sólidas precisan de una biopsia.

Las indicaciones para la realización del estudio de ultrasonido son las siguientes:

- Mujeres menores de 35 años con sintomatología mamaria.
- Mama densa.
- Caracterización de un nódulo.
- Densidad asimétrica.

- Implantes mamarios.
- Mastitis o abscesos.
- Embarazo con sintomatología mamaria
- Guía de procedimientos intervencionistas.
- Tumor quístico o sólido.(MINSa, 2006)

BIOPSIA

Una vez detectado el tumor mediante una o varias de las técnicas mencionadas, se debe realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico.(MINSa, 2006)

Tratamiento

El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Por lo general, cuando el tumor es menor de 1 centímetro de diámetro la cirugía es suficiente para terminar con el cáncer Y no se precisa de quimioterapia. No obstante, hay pocos casos en los que lo se requiera un tratamiento complementario a la cirugía, bien con quimioterapia o con hormonoterapia Actualmente el factor pronóstico más importante sigue siendo la afectación ganglionar: el número de ganglios afectados ayuda al oncólogo a seleccionar el tratamiento posterior.

La intervención quirúrgica, siempre realizada por un cirujano/ginecólogo experto en cáncer de mama permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso gracias a que se pueden determinar las características del tumor y el número de ganglios afectado: por células malignas.(Martín, M; Herrero, A; Echeverría, 2015)

RADIOTERAPIA:

Consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). Se desarrolla a lo largo de unos 20-30 días (los que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y la paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice la radioterapia no tiene que estar ingresada para ello.(Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

En sí, el tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una, radiografía sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada. Lo que se consigue con la radioterapia es disminuir el tamaño del tumor, para luego retirarlo quirúrgicamente o, una vez realizada la intervención, limpiar la zona de células malignas.(Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

Efectos secundarios de este tratamiento son cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la mama enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), que suelen desaparecer tras seis o 12 meses. La acción de los aparatos suele estar muy localizada de manera que sus efectos suelen ser breves y, generalmente, bien tolerados por las pacientes. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas puede atenuar estas molestias.(Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

QUIMIOTERAPIA:

Consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía oral y la vía intravenosa.

No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses. El tratamiento quimioterápico puede realizarse a modo adyuvante, es decir, sumado a la cirugía o como tratamiento único, para los casos de recidivas y que la cirugía no sea una solución. Estos medicamentos se administran a modo de ciclos, con un período de recuperación entre cada uno. La duración total del tratamiento varía en función de la quimioterapia que precise la paciente pero oscila entre tres y seis meses. (Martín, M; Herrero, A; Echeverría, 2015)

Los efectos secundarios de la quimioterapia: Debido a que son medicamentos muy fuertes, presentan unos efectos secundarios que, en algunos casos, resultan muy molestos. Hay que decir que se administran, junto con ellos, otros fármacos que disminuyen algunos de esos efectos. Los más frecuentes son: náuseas, vómitos, pérdida de apetito, pérdida del cabello, llagas en la boca, cansancio, riesgo elevado de infecciones por la disminución de los glóbulos blancos, cambios en el ciclo menstrual. (Martín, M; Herrero, A; Echeverría, 2015)

La quimioterapia como tratamiento para las recaídas (cuando vuelve a aparecer el cáncer en la otra mama o en otro órgano) se administra de la forma que hemos descrito

anteriormente, sólo que la dosis tendrá que ser la apropiada al estadio del cáncer. Junto a la quimioterapia, se administrará tratamiento hormonal, siempre: que el tumor presente receptores hormonales.(Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

TERAPIA HORMONAL: consiste en la administración de fármacos que bloquean la acción de las hormonas que estimulan el crecimiento de las células cancerosas.

Se les da a aquellas pacientes que tienen receptores hormonales positivos, esto viene a ser el 60-70% del total de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Hace años se realizaba la extirpación ovárica para impedir la acción de las hormonas Pero, en la actualidad, esta técnica no se emplea y en su lugar se utiliza la terapia hormonal.(Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

- **Efectos secundarios** de estos fármacos son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia es decir, sofocos, nerviosismo, etc. En algunas mujeres posmenopáusicas se ha visto otros riesgos como un aumento de la tromboflebitis, etc.(Martin, M; Herrero, A; Echeverria, 2015)

- **CIRUGÍA:**

Los diferentes tratamientos quirúrgicos para el control loco regional son:

-Conservador: cuadrantectomía, segmentectomía, lumpectomía.

-Radical: mastectomía radical modificada.

-Paliativo

-Reconstrutivo: inmediata, diferida.(MINSa, 2006)

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

2.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

Área de estudio

El estudio se realizó en la clínica Rainbow Network, El Crucero mes Octubre 2019.

2.2. Universo

En el censo de Rainbow Network hay 2,065 usuarias en edad fértil de las cuales se atienden cada mes un promedio de 380 al mes.

2.3. Muestra

- Tamaño muestral

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población se realizó mediante la calculadora OpenEpi versión 3 con el siguiente resultado:

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):	380
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

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	192
80%	115
90%	159
97%	211
99%	242
99.9%	282
99.99%	304

Ecuación

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

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

Se toma como **tamaño de la muestra de 159** para un intervalo de confianza del 90%.

- Tipo de muestreo

Se realizó el tipo de muestreo probabilístico por conglomerado en este caso todas las mujeres que asistían a la consulta en la clínica Rainbow Network, los días sorteados se toman como muestra.

Criterios de inclusión

1. Los que llenaron completa la encuesta.
2. Estuvieron dispuestas a cooperar con el presente estudio.

Criterio de exclusión

1. Las mujeres con alguna discapacidad intelectual y de la comunicación.

2.4. Técnicas y procedimientos

La técnica utilizada es la encuesta, la fuente de información es primaria debido a que se obtiene respuestas directamente de las mujeres en estudio; para obtener la información se procedió a realizar las siguientes actividades se elaboró el instrumento de recolección, se procedió a la validación, aplicándose a 20 usuarias, para comprobar si las preguntas eran claras, se realizaron algunos ajustes para una mejor comprensión de las preguntas.

El instrumento consta de tres acápite con 89 preguntas cerradas a las cuales se les asigno valores, al final de cada instrumento se califica, utilizando índices sumatorios para sintetizar la información y aplicando la escala Likert modificada:

Acápite 1: Consiste en describir las características sociodemográficas de la población a estudio.

Acápite 2: Evaluar las barreras internas de las usuarias mediante: Percepción de amenaza del cáncer de mama, en donde se valoraran 6 ítems y se darán valores para clasificar la percepción como favorable o desfavorable. La utilidad del auto examen de mama, en el cual se valora 8 ítems, las respuestas positivas tienen un valor de 2 puntos y las negativas 1;

razones por las cuales no se realizan el AEM con 14 ítems, y 19 ítems para mitos y tabúes.

Acápite 3: Evaluar barreras externas que influyen en las usuarias: Barreras de los servicios de salud, en la cual se abordaron 19 ítems. Las influencias del medio familiar y social (externo) se valoran 16 ítems.

En el cuadro siguiente se describen los criterios de valoración de las barreras considerando las respuestas de las usuarias

	Favorable	Desfavorable
Percepción de amenaza del cáncer	≥ 14 puntos	30-15 puntos
Utilidad del AEM	Es útil 44-22 puntos	No es útil ≥ 21 puntos
Mitos y tabúes en el AEM	Influye	No Influye
	38-19 puntos	≥ 18 puntos
Influencia del entorno Familiar	Influye	No Influye
	16-9 puntos	≥ 8 puntos
Influencia del medio externo	Influye	No Influye
	16-9 puntos	≥ 8 puntos

Valoración de las barreras

2.5. Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectados los datos, se procesaron electrónicamente con el Programa Estadísticos de Ciencias Sociales SPSS versión 25, para Windows. El informe final se grabó en Word y los cuadros y gráficos en Power Point y Excel. Se realizaron tablas y gráficos de las siguientes variables:

- Características sociodemográficas de las usuarias.
- Percepción de amenaza del cáncer de mama.

- Utilidad del Auto Examen de Mama.
- Practicas del auto examen de mama.
- Razones por las que no se realizan el auto examen las mujeres.
- Mitos y tabúes alrededor del autoexamen de mamas.
- Influencia del entorno familiar en la práctica del auto examen de mama.
- Influencia del entorno social en la práctica del auto examen de mama.
- Disponibilidad de los servicios de salud.

Y los siguientes cruces de variables:

- Influencia del esposo para la práctica del AEM versus estado civil.
- Influencia del esposo para la práctica del AEM versus escolaridad.
- Influencia negativa del esposo para el AEM según grupo etáreo.
- Afectación del cáncer de mama en la relación de pareja versus estado civil.
- Pensamiento que tocarse las mamas es morboso versus escolaridad.
- Mujeres que no saben realizarse el AEM versus grupo etáreo.
- Realización del AEM versus conocimiento de la técnica.

2.6. Enunciado de variables por objetivos

OBJETIVO No. 1: Describir las características sociodemográficas del grupo a estudio.

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. Edad | 5. Escolaridad. |
| 2. Procedencia. | 6. Ocupación |
| 3. Estado civil | 7. Accesibilidad. |
| 4. Religión. | |

Objetivo No. 2: Identificar barreras internas de la población en estudio.

1. Percepción de amenaza del cáncer de mama
2. Utilidad del Auto Examen de Mama (AEM)
3. Razones por las que no se realizan el auto examen las mujeres
4. Mitos y tabúes alrededor del autoexamen de mamas (AEM)

Objetivo No.3: Identificar las barreras externas que influyen en la práctica del auto examen de mama.

1. Influencia del entorno familiar.
2. Influencia del entorno social.
3. Barreras en los servicios de salud

2.7. Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo cronológico que mide en número de años transcurridos desde el nacimiento al momento de llenar la encuesta		Años	15-19 20-24 25-29 30- 34 35-39 40-49
Procedencia	Lugar donde habita un individuo		Origen de la usuaria	Rural Urbana
Estado civil	Condición social de un individuo en lo referente a la sociedad		En relación con la pareja	Soltera Casada
Religión	Doctrina religiosa referida por el o la encuestada		Creencia	Católica Evangélica Otra Ninguna
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de llenar la encuesta		Nivel académico	Primaria Secundaria Técnica Universidad
Ocupación	Trabajo que desempeña la usuaria al momento de la encuesta		Tipo de actividad laboral	Ama de casa Agricultora Estudiante Otra
Accesibilidad	Facilidad o dificultad para acceder a un servicio de salud considerando el tiempo, la distancia, el pago y otros	Geográfica	Minutos	Menos de 30 min 30 a 60 min Mayor de 60 min
		Económica	Pago de servicio accesible	Si No
Percepción de amenaza del cáncer de mama	Describe lo que se interpreta de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa	-	Opinión	Favorable desfavorable
Utilidad del AEM	Es el provecho o bien del AEM a la salud personal.	-	Útil	Si No
Razones por la que no se realiza el AEM	Ideas o temores preconcebidos. O falta de conocimientos que causan que las usuarias no se realicen el AEM		Motivos	Por temor a tener algo normal. Porque no sabe cómo realizarlo. No conoce el AEM. Falta de importancia. Por qué piensa que es morboso.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
				<p>.Por qué no visita las unidades de salud.</p> <p>Por temor a que le quiten una mama</p> <p>Por vergüenza de realizarse el AEM</p> <p>Por qué el personal de salud no lo orienta.</p> <p>Por bajo recursos y educación.</p> <p>Por falta de tiempo y costumbre</p>
Mitos y tabúes	Es la conducta que escapa de nuestra capacidad de comprensión y aceptación o conducta señalada como fuera de lo normal.			<p>Es pecaminoso tocarse.</p> <p>Puedo acudir a un curandero para que me de masajes o remedios.</p> <p>Por el dolor que causa el AEM</p> <p>Al esposo no le gusta que se toque los senos</p> <p>Solo se auto examina cuando me da dolor o molestias.</p> <p>Es morboso realizarse el AEM</p> <p>Me da temor que mi pareja me deje si me sale cáncer</p> <p>No tiene por qué realizarlo, no tengo nada, no me va a salir ningún cáncer.</p> <p>Los senos se me ponen flojos o flácidos al tocarlos mucho.</p> <p>Si tengo pelotas en las mamas y no duele no es maligno.</p> <p>Es indecente realizarse el autoexamen de mama</p> <p>Los maridos son celosos cuando las mujeres se examinan.</p>

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Influencias del entorno	se refiere a los efectos que una persona pueda producir sobre otra	Familiar	Tipo	<p>Influencia de la pareja sentimental positivamente para la práctica del AEM.</p> <p>Influencia indirecta de la pareja sentimental al detectar una masa en los senos de la mujer.</p> <p>Influencia negativa del esposo para la práctica del AEM.</p> <p>Influencia positiva de un familiar con antecedentes de CaMa</p> <p>Conocimiento en el núcleo familiar de Cama</p> <p>Influencia de la madre.</p> <p>Influencia de las hermanas</p>
		Externo	Tipo	<p>Influencia positiva de las amigas al compartir experiencias.</p> <p>Influencias de la religión.</p> <p>Influencias del personal de salud.</p> <p>Influencias del nivel de escolaridad.</p>
Barrera de los servicios de salud	Es la posibilidad de las usuarias de obtener los servicios de salud que lo demandan		Disponibilidad	<p>El tiempo de espera < de 30 min</p> <p>El personal médico tiene una actitud agradable</p> <p>El personal de médico se presenta</p> <p>Hay privacidad visual o auditiva.</p> <p>Le ofertaron la realización del ECM</p> <p>Le han realizado el ECM</p> <p>Se ha realizado usted el AEM</p> <p>Le han explicado cómo realizarse el AEM</p> <p>El costo de 40 córdobas de la consulta es accesible</p> <p>Le da pena pasar consulta médica si el personal de salud es varón</p> <p>Se dejaría realizar el examen de mama por un médico varón</p> <p>Se dejaría realizar el examen de mama por una médica mujer</p> <p>Le dieron información sobre el cáncer de mama</p>

Aspectos éticos

Previamente a la entrevista se le informa a las usuarias la importancia de su aporte sobre las barreras para el Auto Examen de Mama, en las usuarias que acuden a la clínica Rainbow Network El crucero, para tratar de mejorar en la atención y eliminar las barreras identificadas, se conservó el anonimato y la participación fue voluntaria, la información brindada fue de uso exclusivo para la investigación.

CAPITULO III: DESARROLLO

3.1. Resultados

En total se estudiaron a 159 mujeres entre las edades comprendidas entre los 15- 49 años de edad que acudieron a la consulta de la clínica Rainbow- Network, El Crucero durante el mes de octubre del año 2019, dichas mujeres fueron encuestadas para describir las barreras para la realización del auto examen de mama.

Dentro de las características sociodemográficas cuando se analizó la edad se encontraron 15-19 años 10 usuarias (6.3%), 20-24 años 22 usuarias (13.8%), 25-29 años 18 usuarias (11.3%), 30- 34 años 26 usuarias (16%), 35-39 años 30 usuaria (18.9%), 40-44 años 13 usuarias (8.2%), 45-49 años 40 usuarias (25.2%). Ver tabla 1

La procedencia de las mujeres a estudio fueron 135 de las comarcas (84.9%), y 24 eran del casco urbano del crucero (15.1%). Ver tabla 1

En relación al estado civil 27 eran solteras (17%), 91 eran acompañadas (57.2%), 41 de ellas casadas (25.8%). Ver tabla 1.

De religión católica 77 casos (48.4%) y evangélica 73 casos (45.9%), Otras religiones 4 (2.5%) y 5 casos (3.1%) no profesaban ninguna religión. Ver Tabla 1.

Al evaluar la escolaridad, 69 de las usuarias habían cursado algún estudio primario (69%), 80 de ellas tenían estudios secundarios (50.3%) y solamente 10 usuarias tenían estudios técnicos o universitarios (6.3%). Ver tabla 1.

La ocupación de las usuarias eran 103 (64.8%), ama de casa, 15 de las usuarias (9.43%) agricultoras, estudiantes 36 usuarias (22.63%) y otros 5 (3.14%). Ver tabla 1

En relación a la accesibilidad de la clínica 94 de la usuarias (59.1%), 52 de las entrevistadas tardan 30-60 minutos (32.7%) y 13 usuarias (8.2%) tardan más 60 minutos en llegar a la

clínica. En relación al pago por servicios 155 refieren que el valor de 40 córdobas es accesible (97.5%) y 4 usuarias lo consideran inaccesible (2.5 %). Ver tabla 1.a.

En relación a la precepción de amenaza del cáncer de mama, 128 de las encuestadas (80.5%) están totalmente de acuerdo, 27 están de acuerdo (17%), 3 de ellas están indecisas (1.9%) y una de ellas está en desacuerdo (0.6%) con el pensamiento que el cáncer de mama les asusta. 136 de las encuestadas están totalmente de acuerdo (85.5%), 19 de ellas están en acuerdo (11.9%), dos están indecisas (1.3%) y dos están en desacuerdo (1.3%) en el hecho que el cáncer de mama les daría muchos problemas a su salud; 110 de las usuarias encuestadas están totalmente en desacuerdo (63%) en que podrían desarrollar cáncer en el futuro; Al preguntar si el cáncer de mama afectaría su relación de pareja 122 (76.7%) están totalmente de acuerdo, 18 (11.3%), 8 están indecisas (5%) y 10 están en desacuerdo (6.3%). Se les pregunto si desarrollaran cáncer de mama, su vida cambiaria totalmente 122 de ellas están totalmente de acuerdo (76.7%) y 18 usuarias de acuerdo (11.3%). 11 de las encuestadas (69.8%) están totalmente de acuerdo que si desarrollaran cáncer de mama no vivirían ni cinco años. Ver tabla 2

Al evaluar la utilidad del auto examen de mama en 158 de los casos (99.4%), reconocen que es bueno para la salud realizarlo, 157 de ellas (99%) les preocupa la aparición de un bulto, masas o secreción por el pezón. La totalidad de las encuestadas 159 (100%) consideran que practicar mensualmente el auto examen de mama puede detectar precozmente el cáncer de mama, así como todas coinciden en que deben acudir al médico ante la presencia de cualquier anormalidad en la mama. Además 159 de ellas (100%) indican que el auto examen de mama les ayuda a detectar una enfermedad, desarrollarán cáncer de mama. En 158 de los casos (99.4) de las mujeres encuestadas consideran que la práctica del auto examen de mama les

puede evitar llegar a necesitar procesos médicos más drásticos si desarrollaran cáncer de mama. Ver tabla 2.a.

Razones por las cuales no se realizan el auto examen de mama en 159 de las encuestadas (100%), afirman que no se realizan el auto examen de mama por despreocupación. 158 de las mujeres (99.4%), aducen que no se realizan el auto examen de mama por que no visitan las unidades de salud, 156 de las encuestas (98.1) indican por falta de costumbre, en 155 de las encuestadas (97.5 %) por temor a detectarse algo anormal y perder un seno. 153 (96.2%) indican que no se realizan el auto examen de mama porque no saben cómo realizarlo, por bajos recursos o educación. 146 de ellas (91.8%) no lo realizan porque el personal de salud no se los indica. 130 (81.8%) de las encuestadas piensan que es morboso la práctica del AEM. Ver tabla 2.a.

En relación a las influencias del entorno familiar, 85 de las encuestadas (53%) indicaron que la pareja sentimental influye negativamente ya que pueden decirles que no se realicen el auto examen de mama, de 76 de ellas (48%) refirieron que de los casos (52.8%), que la pareja sentimental contribuye indirectamente y que él puede detectar alguna masa en el seno, 75 de ellas indican que la pareja puede influenciar positivamente en un (47%). 152 de las encuestadas indicaron que si hay antecedentes de cáncer de mama en la madre u otro familiar cercano influye positivamente en la realización del auto examen de mama. Además 152 de ellas (96%), y 149 de las encuestadas (94%) reconocen a la madre como una influencia directa en la realización del auto examen de mama. 130 de ellas (82%) también le dan un papel influyente a las hermanas. Ver tabla 3

En el entorno social 135 de las usuarias (85%) consideran que las amigas influyen positivamente en la realización del auto examen de mama porque hay más confianza de

hablar con ellas sobre estos temas. 97 de las encuestadas (61%) indican que la religión que profesan influyen negativamente en el auto examen de mama. 151 de las usuarias (96%) indican que el nivel de escolaridad influye en la práctica del auto examen de mama. 143 de las encuestadas (90%) refieren que el personal de salud influye en la práctica del auto examen de mama. Ver tabla 3

Con relación a las barreras de los servicios de salud, de la clínica Rainbow Network, 135 mujeres entrevistadas (84.9%), consideran que el tiempo de espera es corto, menos de 30 minutos; 155 usuarias (97.5%) consideraron que el costo de 40 córdobas es accesible a sus bolsillos, 156 de las usuarias (98.1%), considera que el personal médico tiene una actitud agradable; y además 147 de ellas (92.5%), indicaron que había privacidad visual y auditiva en el consultorio. Pero 66 de las usuarias (42%) refiere que no se les oferto el examen clínico de mamas y 33 de ellas (20%) no se les ha realizado el examen de mama durante la consulta. Aunque solo a 71 mujeres (45%) se les ha explicado cómo realizarse el autoexamen de mama, 82 de ellas (51.6%) se lo han realizado. 32 de las entrevistadas (20%) se dejarían revisar las mamas por un médico varón, y 96 de ellas (60.4%) refieren tener pena de pasar consulta médica general con un médico varón, al preguntar si se dejarían examinar las mamas por una médica mujer 154 de ellas (97%). 51 de las usuarias (32%) recibió información sobre el cáncer de mama.. Ver tabla 3

La influencia negativa del esposo para la realización del AEM versus el estado civil de las encuestadas, 20 de las usuarias casadas (12.5%) piensan que influye negativamente, 40 mujeres acompañadas (25%) y 17 solteras (10%). Al contrastar la influencia negativa del esposo versus escolaridad, 36 usuarias (22%) de estudios primarios piensan que si influye, 45 de estudios secundarios (28%) y 4 de estudios técnicos/ universitarios (2.6%). Si se analiza la influencia negativa el esposo versus grupo etéreo, 3 usuarias opinan que sí y 7 que no 15-

19 años opinan que no, 20-24 años 12 opinan que sí y 10 que no, 25-29 años 11 piensan que sí y 7 que no, 30-34 años 12 que sí y 14 que no, 35-39 16 que sí y 14 que no; 40-44 años 9 que sí y 4 que no; 45-49 años 22 que sí y 18 que no. Ver tabla 4, 5, 6.

Afectación del cáncer de mama en la relación de pareja de 27 usuarias solteras, 17 están totalmente de acuerdo que afectaría su relación, 4 están de acuerdo, 4 indecisas y 2 en desacuerdo. De 91 usuarias acompañada: 69 están totalmente de acuerdo, 12 de acuerdo, 4 indecisas y 5 en desacuerdo y una totalmente desacuerdo. De 41 usuarias casadas: 36 están totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 desacuerdo. Ver tabla 7

Pensamiento que es pecaminoso tocarse las mamas versus escolaridad 60 usuarias (37%) de estudios primarios, 73 (46%) de estudios secundarios y 9 (5.6%) refieren que **no** es pecaminoso tocarse las mamas. Ver tabla 8

Encuestadas que no saben hacerse el AEM versus edad: 15- 19 años 1; 20-34 años 1; 25-29 años 2 y 35- 39 años 2. 79 mujeres encuestadas saben hacerse el AEM y se lo realizan, pero 74 saben hacerse el AEM y no se lo realizan. 3 usuarias no saben cómo hacérselo pero se lo ha realizado y 3 no saben realizarse el examen ni se lo ha realizado. Ver tabla 9.

3.2 Discusión y análisis

En relación a la distribución por edad y origen de las muestras se observa que más de la mitad de las usuarias pertenecen a los grupos de 35 a 49 años, no coincidiendo con lo estudiado por Proenza (2011) en Cuba en donde las participantes estaban entre los 20 a 39 años. Y realmente es en este grupo en el que es necesario realizar más acciones para la detección oportuna y precoz del cáncer de mama. En la población a estudio también demuestra que el 50% de ellas habían cursado uno o más años de estudios secundarios lo que difiere también con el estudio cubano en donde la población estudiada solo había alcanzado los estudios primarios. Esto es de esperarse por los esfuerzos realizados por el gobierno para mejorar el acceso y la calidad de la educación en todos los niveles, además que se debe reconocer el esfuerzo de la educación a distancia que se dan en las comunidades rurales con el objetivo de lograr una educación más equilibrada con acceso a las mujeres rurales. Ambos estudios coinciden en que la ocupación predominante era ama de casa, y más del 80% tenían una relación estable con su pareja. Procedían en más del 80% de las comarcas del Crucero y predominaba ligeramente la religión católica. Según el estudio realizado por Urdaneta en Venezuela el 34% de las mujeres encuestadas no se realizaba el auto examen de mama debido al temor de encontrar un enfermedad en los senos, al realizar este estudio se encontró que al 80% de la población estudiada siente temor por el cáncer de mama, además que esta enfermedad podría cambiar drásticamente su estilo de vida y su relación de pareja, lo que no coincide cuando se les preguntaba acerca de la posibilidad de padecer esta enfermedad en donde solo el 22% considera que podría desarrollar esa enfermedad y el 4% creía que tendría alta posibilidad de contraer cáncer de mama en los próximos 10 años.

El 48% de las usuarias respondieron que no se han realizado el auto examen de mama, y eso puede deberse al miedo y la tendencia a pensar que no podrían desarrollar esta enfermedad a futuro. Y es importante considerar que el 100% de la población a estudio reconocen que el auto examen de mama es útil y eficaz para detectar enfermedades benignas o malignas en la mama. También afirman que al encontrar una anomalía en los senos deben acudir inmediatamente al médico. Entonces se observa que la percepción de los beneficios es alta y las barreras son mínimas, pero esto no influye para que las mujeres adopten una conducta promotora en lo que respecta a la autoexploración de mamas, la mujer no efectúa dicha práctica a pesar de percibir beneficios. Los beneficios percibidos por la mujer en la práctica de la autoexploración de mamas están enfocados a la detección y tratamiento oportuno y a la oportunidad que brinda éste examen de conocerse a sí misma, de empoderarse y obtener los beneficios del auto cuidado.

Los principales obstáculos para la práctica del auto examen de mama fueron la despreocupación, pereza, falta de costumbre, el 97% de la población no se lo realiza por temor a que la pareja la deje si le sale cáncer y le quitan una mama y es que esto coincide con el estudio Colombiano realizado por Lapeira en donde las mujeres consideran los senos o mamas como sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, reproducción y afectividad y la perdida de uno de ellos es equivalente a la perdida de atracción sexual.

Como principal influencia positiva externa están la madre, hermanas y amigas en más del 81% de la población no así como el marido quien constituye una influencia negativa para la realización del auto examen de mama.

El 95 % de la población a estudio reconoce al personal de salud como una influencia positiva pero el 84% refiere que el personal de salud no le ha orientado sobre el auto examen de mama, durante sus consultas médicas. Aunque el 97% refirió que la religión

impide en que se toquen sus mamas al realizar nuevamente la pregunta en otro ítem y agregando la palabra auto examen de mama, las mismas usuarias indican en un 75% que no influye, esto podría explicarse ya que el 47% de las usuarias sienten vergüenza de tocarse los senos, en menor proporción piensan que es pecaminoso un 10%.

Pero una gran parte de la población 84% piensa que los senos se ponen flojos al tocarlos, y que el examen les provoca dolor. Y que solo se deben tocar los senos cuando sientan molestias en un 88% de la población.

La población ha estudio encuentra accesibilidad a los servicios de salud, ya que encuentran corto el tiempo de espera, buena actitud del personal y adecuada privacidad, pero un obstáculo real es el sexo del médico, ya que al 60% de las encuestadas le da pena pasar consulta con un médico varón y el 80% no se dejaría realizar un examen clínico de mamas por un médico, además no recibieron consejería sobre el auto examen de mama y no les ofertaron esta prueba durante la consulta.

Es importante que la población a estudio no cree en uso curanderos para el tratamiento del cáncer de mama.

3.3 Conclusiones

- Las condiciones sociodemográficas de las mujeres que asisten a la Clínica Rainbow Network están caracterizadas por ser de origen rural, de estudios secundarios así mismo se aprecia que cerca de la mitad de ellas se dedican a labores del hogar, la mayoría casadas y de religión católica, acceden fácilmente a los servicios de salud de la clínica.
- Las principales barreras internas que limitaban el auto examen de mama fueron: el miedo a descubrirse un proceso neoplásico, el temor al rechazo de la pareja, dolor, vergüenza o pudor de tocarse sus mamas, por considerarlo morboso, falta de costumbre. Así como la creencia que tienen pocas posibilidades de desarrollar cáncer de mama lo que puede influir en que las mismas no tomen en cuenta las medidas de prevención, como es en este caso el auto examen periódico de mama.
- Las principales barreras externas identificadas fueron la influencia negativa del esposo y la religión. Las usuarias también refirieron poca consejería y promoción sobre el auto examen de mama, la falta de seguimiento y la barrera del género en relación al personal de salud.

3.4 Recomendaciones

- Autoridades de la clínica Rainbow Network, El crucero, que capaciten al personal de salud asistencial para mejorar el nivel de conocimientos del autoexamen de mama y que eduquen satisfactoriamente a las usuarias, enseñándoles la autoexploración de mamas e implementando estrategias metodológicas adecuadas al tipo de población y que involucre la participación activa.
- Establecer coordinaciones con Ministerio de Salud (MINSA) y organismos no gubernamentales para impulsar campañas educativas a la población de manera directa y a través de los medios de comunicación sobre el Auto Examen de Mama y patología mamaria e influir en la detección temprana del cáncer de mama, así como la equidad de género, eliminación de mitos y tabúes.
- Sensibilizar a las usuarias sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama, y las pruebas diagnósticas. De igual manera, implementar campañas educativas sobre masculinidad, encaminada a desarrollar en los hombres un sentido de corresponsabilidad para la autoexploración de la pareja.
- Crear un grupo de mujeres usuarias que estén interesadas a motivar a otras mujeres a poner en práctica el autoexamen de mama como una manera de prevención, estableciendo entre ellas alianzas para su autocuidado.

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFÍA

- Bibliografía básica

Adaury, M. H., Angulo, L. P., María, A., Sepúlveda, J., Sanhueza, X. A., Delgado, I., &

Vega, J. (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud : una revisión sistemática cualitativa*. 33(3).

Aviles. (2017, octubre 22). 900 casos de cancer de mama cada año. *La Prensa*. Recuperado de <https://www.laprensa.com.ni/2017/10/22/nacionales/2318579-900-casos-cancer-seno-ano>

Bell Santos, H., & Oduardo Perez, O. (2015). y Dra. Orialy Oduardo Pérez. *Medisan*, 19(2), 186-191. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200006

Bohórquez- Moreno, C.-A. (2017). *Autoexamen de mama en estudiantes de enfermería de*. 361-368.

Cancer, S. A. C. El. (2019). Signos y síntomas del Cancer de Seno. Recuperado de

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>

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>

Champion VL, S. C. (2008). *Health Behaviour and Health Education Theory, Research, and Practice* No Title (4th Editio; I. John Wiley & Sons, Ed.). SAn Francisco.

Donavedian. (1973). *Apectos Administrativos de cuidados medicos*. Cambridge: Harvard Universidad press.

- Frenk, J. (2009). Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. *Salud Publica de Mexico*, 51(SUPPL.2), 135-137. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000800001>
- Fuentes Reverón, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: Consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Publica*, 43(2), 272-286.
- Garcés-Palacio, I. C., Rubio-León, D. C., & Ramos-Jaraba, S. M. (2014). Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas, Medellín-Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 194-205. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfss>
- González, O. P., Rodríguez, I. O., De La Cruz Pérez, D., Hernández, M. A. V., & Guerra, A. S. (2016). Intervención educativa sobre enfermedades benignas mamarias y autoexamen de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 161-170.
- Hernandez A. Obregon, J. P. N. (2007). Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua Unan-León. UNAN-Leon.
- Ibarra, G. (2017). *Conocimientos y Prácticas del autoexamen de mama en embarazadas atendidas en la sala de ARO del Hospital Victoria Motta en el II trimestre del año 2016.*
- 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>
- Mamaria, L. A. G., & Patologías, P. (2012). *LA GLÁNDULA MAMARIA, EMBRIOLOGÍA, HISTOLOGÍA, ANATOMÍA Y UNA DE SUS PRINCIPALES PATOLOGÍAS, EL CÁNCER DE MAMA*. 2(602), 317-320.
- Martin, M; Herrero, A; Echeverria, I. . (2015). El Cancer de Mama. *Arbor*, 191, 773.

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>

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). <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000200120>

MINSA. (2006). *Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer de*

Mama.

OMS. (2015). *La concientización sobre el cáncer de mama, su detección temprana y*

tratamiento adecuado salvan vidas, afirman expertos de la OPS.

OMS. (2018). *Día Mundial contra el cancer 2018: Nosotros podemos yo puedo*.

Recuperado de

[https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=912:dia-](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=912:dia-mundial-contra-cancer-2018-nosotros-podemos-yo-puedo&Itemid=244)

[mundial-contra-cancer-2018-nosotros-podemos-yo-puedo&Itemid=244](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=912:dia-mundial-contra-cancer-2018-nosotros-podemos-yo-puedo&Itemid=244)

Ortega, R. O. G. (2016, octubre 16). « Cancer de mama atacando a mas jóvenes». *Nuevo*

Diario. Recuperado de [https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/407436-cancer-](https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/407436-cancer-mama-esta-atacando-mas-jovenes/)

[mama-esta-atacando-mas-jovenes/](https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/407436-cancer-mama-esta-atacando-mas-jovenes/)

Proenza, Leidys. Gallardo, Yurieth, et als. (2012). *Medisan 2012; 16(11): 1724. 16(11),*

1724-1730.

Rodriguez., & Garcia. (2006). *Artículo de revisión Epidemiología del cáncer de mama.*

585-593.

Romero, S., Arreygue, L. S., César, P., & Hernández, O. (2008). *Artículo original*

Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. 76(11), 667-672.

Urdaneta, Y. S., Machado, J. R. U., Inciarte, N. V., Benítez, A. C., García, J., Zambrano, N.

B., ... De Villalobos, M. C. (2016). Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad Mediana. *Revista Venezolana de Oncología*, 28(1).

- [Bibliografía de Consulta](#)

Sequeira, Valinda y Cruz Picón Astralia. (2000). *Investigar es Fácil*. Editorial Universidad UNAN Managua.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hil

CAPITULO 5: ANEXOS

5.1. TABLAS

Tabla 1

Características sociodemográficas de usuarias en edad fértil asistentes a la Clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

n=159		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
15- 19	10	6.3
20-24	22	13.8
25-29	18	11.3
30-34	26	16.4
35-39	30	18.9
40-44	13	8.2
45-49	40	25.2
Procedencia		
El Crucero	24	15.1
Comarcas	135	84.9
Estado civil		
Soltera	27	17.0
Acompañada	91	57.2
Casada	41	25.8
Religión		
Católica	77	48.4
Evangélica	73	45.9
Otra	4	2.5
Ninguna	5	3.1
Escolaridad		
Primaria	69	43.4
Secundaria	80	50.3
Técnica/Universitaria	10	6.3
Ocupación		
Ama de Casa	103	64.8
Agricultora	15	9.43
Estudiante	36	22.63
Otros	5	3.14

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del AEM en MEF asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 1.a
Accesibilidad de los servicios de usuarias en edad fértil asistentes a la Clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

Accesibilidad de los servicios	n=159	
	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo que tarda para acudir al consultorio RAI		
>30 min	94	59.1
30 – 60 min	52	32.7
<60 min	13	8.2
Valor de la consulta médica es accesible		
Si	155	97.5
No	4	2.5

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 2

Percepción de amenaza del cáncer de mama de usuarias en edad fértil asistentes a la Clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

n= 159

Percepción de amenaza del cáncer de mama	TDS		D		I		A		TDA	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
El cáncer de mama le asusta	0	0	1	0.6	3	1.9	27	17	128	80.5
Cree usted que podría desarrollar cáncer de mama en el futuro	110	69	6	4	0	0	40	25	3	2
El cáncer de mama le daría muchos problemas a su salud	0	0	2	1.3	2	1.3	19	11.9	136	85.5
El cáncer de mama afectaría su relación con su pareja	1	0.6	10	6.3	8	5	18	11.3	122	76.7
Si desarrollara cáncer de mama no viviría ni cinco años	3	1.9	11	6.9	24	15.1	10	6.3	111	69.8

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 2.a

Barreras internas asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

n= 159		
Utilidad del auto examen de Mama	Frecuencia	Porcentaje
Es bueno para su salud realizarlo	158	99.4
Le preocupa la aparición de bulto masas y secreción por el pezón	157	98.7
Le ayuda detectar una enfermedad ya sea benigna o maligna	159	100.0
El Auto Examen de mama practicado mensualmente podría detectar precozmente el cáncer de mama	159	100.0
Debe acudir al médico cuando encuentre algo anormal.	159	100.0
El AEM le podría evitar llegar a necesitar procesos médicos más drásticos si desarrollara cáncer de mama	158	99.4
Razones de no realización de AEM	Frecuencia	Porcentaje
Por temor a tener algo anormal o cáncer	155	97.5
Porque no saben cómo realizarlo	153	96.2
No le toman importancia al tema del cáncer de mamas	147	92.5
Porque piensan que es morboso	130	81.8
Porque no visitan unidades de salud	158	99.4
Por temor a le quiten una mama si le sale cáncer de mama	155	97.5
Le da vergüenza realizarse el autoexamen de mamas	76	47.8
Porque el personal de salud no orienta	146	91.8
Por bajo recursos y educación	155	97.5
Despreocupación	159	100
Falta de costumbre	156	98.1
Por falta de tiempo	153	96.2

Mitos y tabúes al rededor del autoexamen de mama	Frecuencia	Porcentaje
Es pecaminoso tocarse las mamas	17	10.7
Puede acudir a un curandero para que le de masaje o remedios para desaparecer la masa de la mama	9	5.7
El Auto Examen de Mama es doloroso	112	70.4
Solo se auto examina las mamas cuando le da dolor o siente molestias	141	88.7
Es morboso realizarse el autoexamen de mamas	30	18.9
Le da temor que su marido la deje si le sale cáncer	115	72.3
No tiene por qué realizarlo, no tiene nada, no le va a salir ningún cáncer	93	58.5
Los senos se ponen flojos (flácidos) al tocarlos mucho	134	84.3
Si tiene pelotas en las mamas y no duele no es maligno	129	81.1
Es indecente realizarse el autoexamen de mamas	51	32.1
Los maridos son celosos cuando las mujeres se examinan	153	96.2

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 3
Barreras externas asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

n=159		
Entorno Familiar	Frecuencia	Porcentaje
El compañero sentimental influye positivamente en la realización del AEM.	75	47.2
El compañero sentimental Indirectamente contribuye porque a veces es él quien detecta una masa en la pareja	76	47.8
El esposo influye Negativamente, puede decir que no lo realicen	85	53.5
Influye si la madre o un familiar cercano tiene antecedentes de cáncer de mama	152	95.6
Si se conoce del tema en el núcleo familiar	148	93.1
La madre influye en el auto examen de mamas.	149	93.7
No hay ninguna influencia porque en los tiempos de antes no existía esa enfermedad	129	81.1
Las hermanas tienen influencia sobre la realización del autoexamen de mamas	130	81.8
Entorno social	Frecuencia	Porcentaje
Las amigas influyen positivamente al compartir experiencias o vivencias	135	84.9
Con las amigas hay más confianza para hablar sobre el tema,	134	84.3
La religión que profesa le impide que se toque las mamas	97	61.0
Solo en algunos centros de salud , el personal da información sobre el autoexamen de mamas	145	91.2
El personal de salud influye sobre el Autoexamen de mamas	143	89.9
El personal de salud no le ha explicado sobre el AEM	135	84.9
El nivel de escolaridad influye en la realización del AEM	151	95.5

Servicios de salud	Frecuencia	Porcentaje
¿El tiempo de espera para pasar consulta es corto (menos de 30 min)?	135	84.9
¿El personal médico durante la consulta tiene una actitud agradable?	156	98.1
¿El personal de medico se presenta?	64	40.3
¿Hay privacidad visual o auditiva en los ambientes de atención?	147	92.5
¿Le ofertaron la realización del examen de mama?	66	41.5
¿Le han realizado el examen de mama durante la consulta?	33	20.8
¿Se ha realizado usted el AEM?	82	51.6
¿Le han explicado cómo realizarse el AEM?	71	44.7
¿El costo de 40 córdobas de la consulta médica es accesible?	155	97.5
¿Le da pena pasar consulta médica si el personal de salud es varón?	96	60.4
¿Se dejaría realizar el examen de mama por un médico varón?	32	20.1
¿Se dejaría realizar el examen de mama por una médica mujer?	154	96.9
¿Le dieron información sobre el cáncer de mama?	51	32.1

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 4

Influencia de la pareja para la práctica del auto examen de mama versus estado civil de mujeres en edad fértil asistente la clínica Rainbow -Network, El crucero, Managua Octubre 2019.

n=159

Estado Civil vs. Influencia Negativa de la pareja	Frecuencia	Porcentaje
Casada	20	13
Acompañada	48	30.
Soltera	17	11

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 5

Escolaridad vs Influencia del esposo para la práctica del auto examen de mama en las mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

n=159

Escolaridad vs Influencia del Esposo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	36	52.1
Secundaria	45	56.3
Técnica/Universitaria	4	40

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 6

Influencia negativa del esposo para la práctica del auto examen de mama según el grupo étnico de las mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

n=159

Edad vs Influencia negativa del esposo para el AEM	Frecuencia	Porcentaje
15- 19	3	30
20-24	12	55.5
25-29	11	61.1
30-34	12	46.1
35-39	16	53.3
40-44	9	69.2
45-49	22	55

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 7

Afectación del cáncer de mama en la relación de pareja versus estado civil según las mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

Relación de pareja vs Estado civil	n=159											
	(TDS) Totalmente en desacuerdo		(D): Desacuerdo		I: Indeciso		A: De acuerdo		(TDA) Totalmente de Acuerdo		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Soltera	0	0	2	7	4	15	4	15	17	63	27	100
Acompañada	1	1	5	5.5	4	4	12	13	69	76.5	91	100
Casada	0	0	3	7.3	0	0	2	4.9	36	87.8	41	100

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

Tabla 8

Realización del auto examen de mama versus conocimiento de la técnica según las mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre

n=159

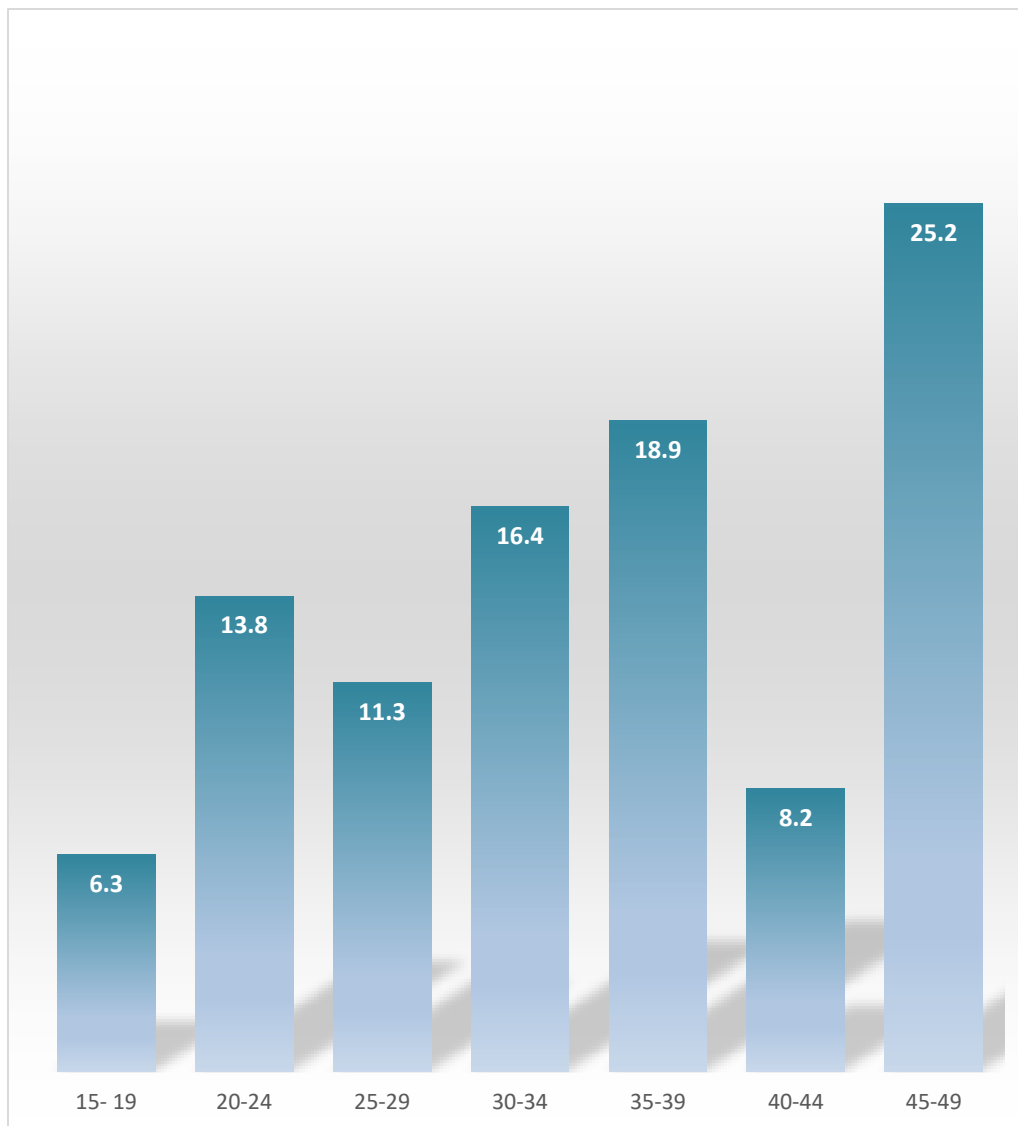
No se realiza		
Realización del AEM vs conocimiento del AEM	Frecuencia	Porcentaje
Si sabe	74	47
No sabe	3	2

Fuente: Encuesta de Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019

5.2.GRÁFICOS

GRÁFICO 1

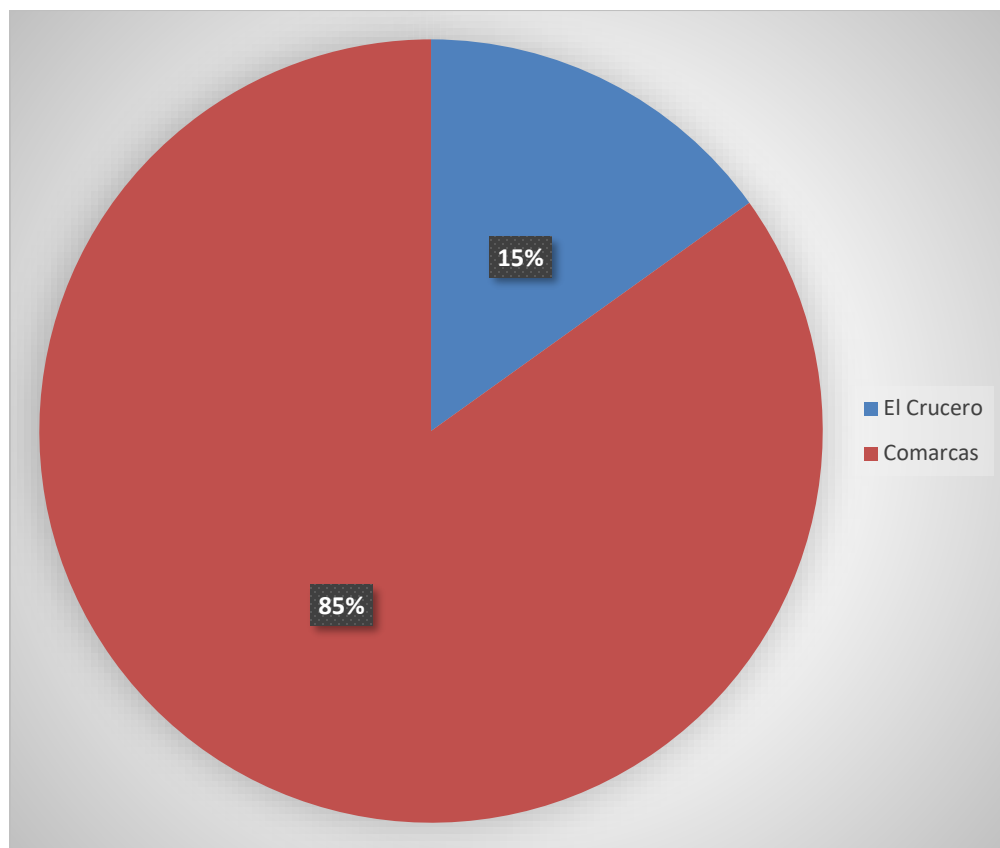
Edad de las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019



FUENTE: TABLA No.1

GRÁFICO 2

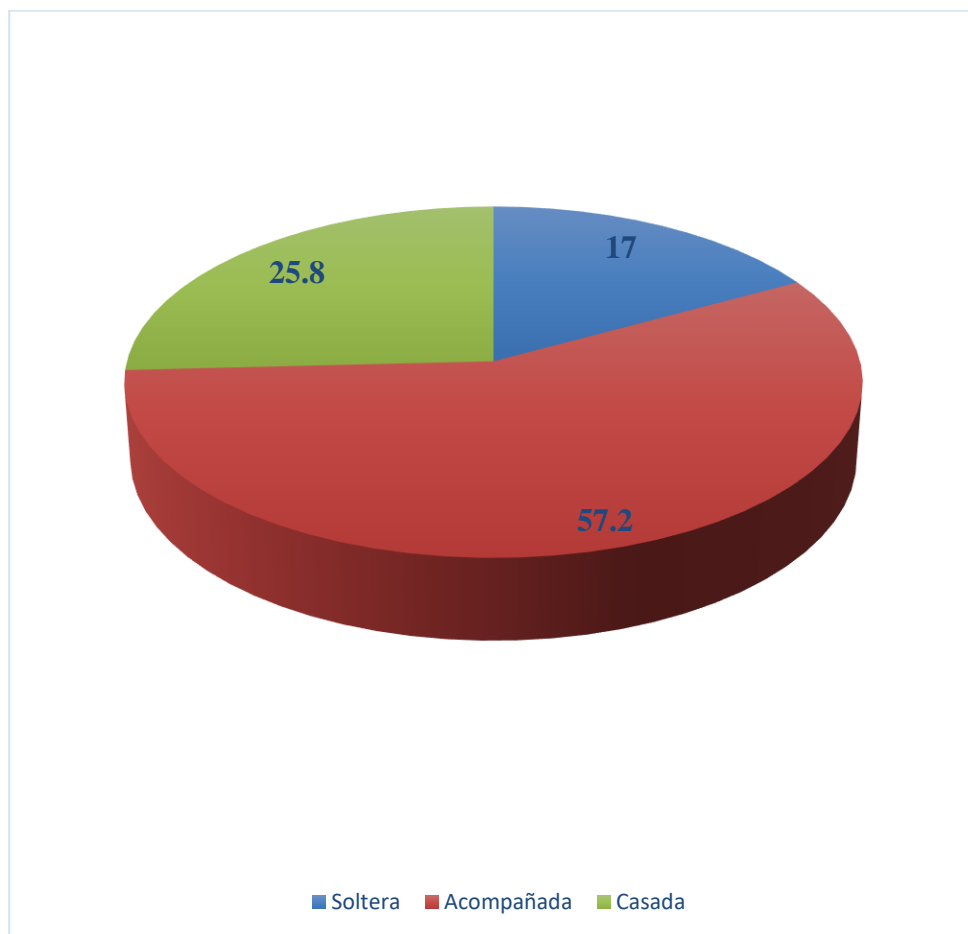
Procedencia de las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019



FUENTE: TABLA No.1

GRÁFICO 3

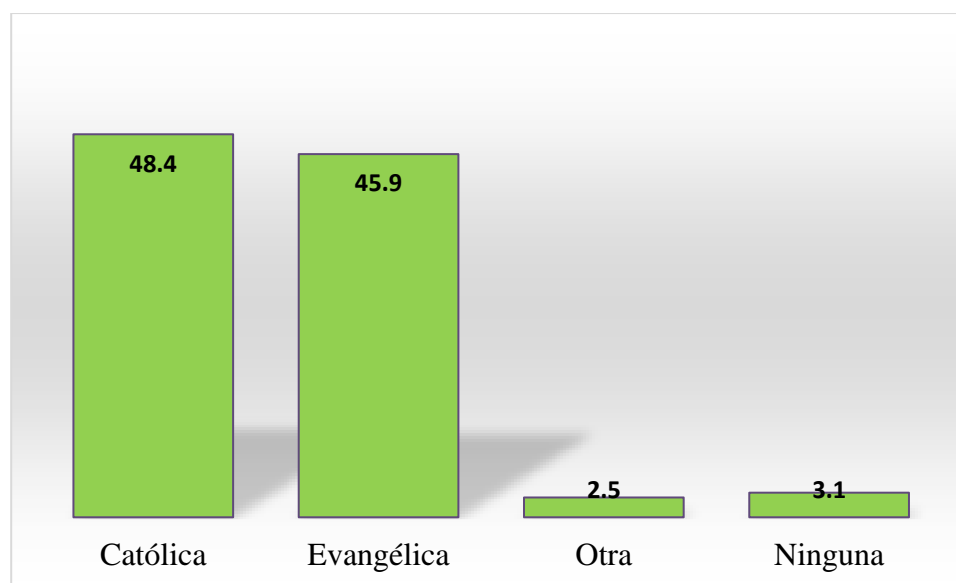
Estado civil de las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.



Fuente: Tabla No. 1

GRÁFICO 4

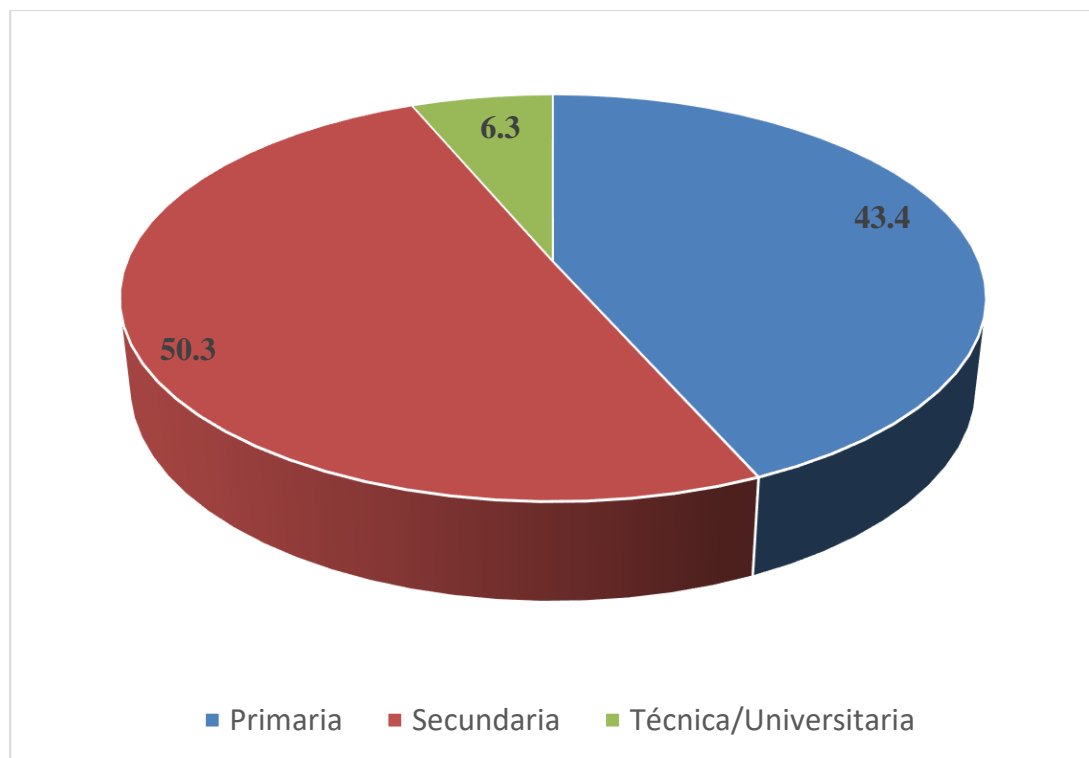
Religión de las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.



Fuente: Tabla No.1

GRÁFICO 5

Escolaridad de las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.



Fuente: Tabla No.1

GRÁFICO 6

Ocupación de las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.

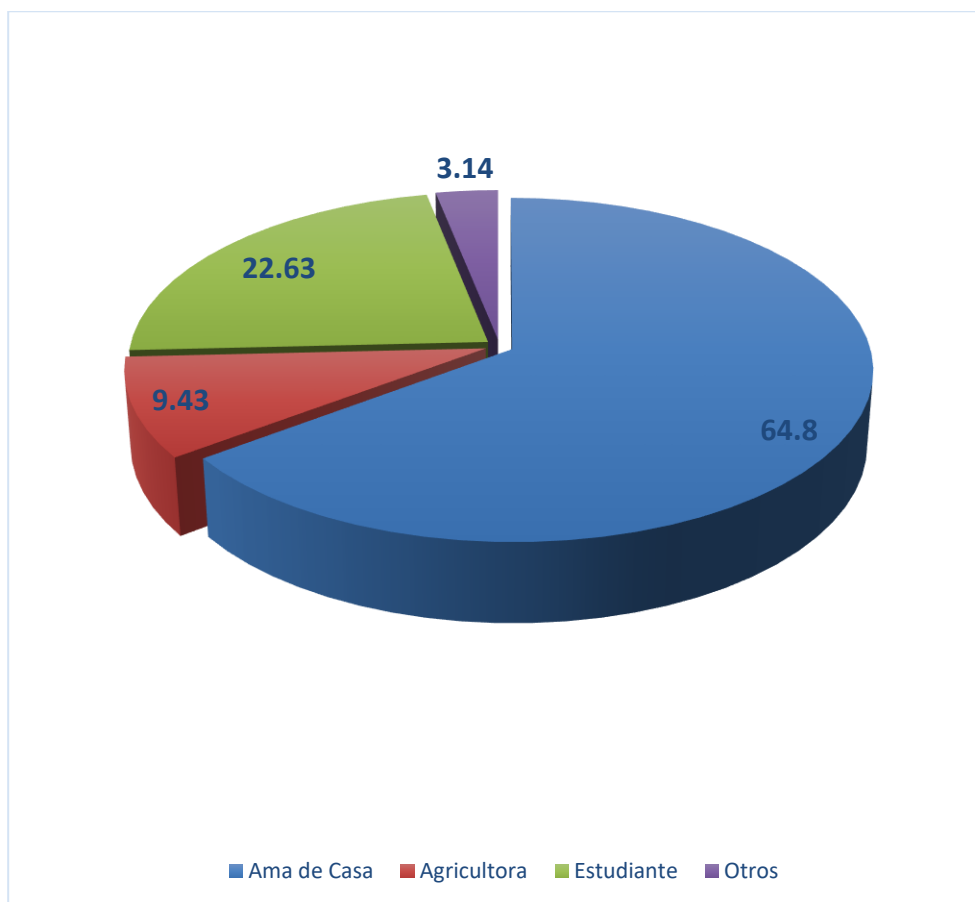
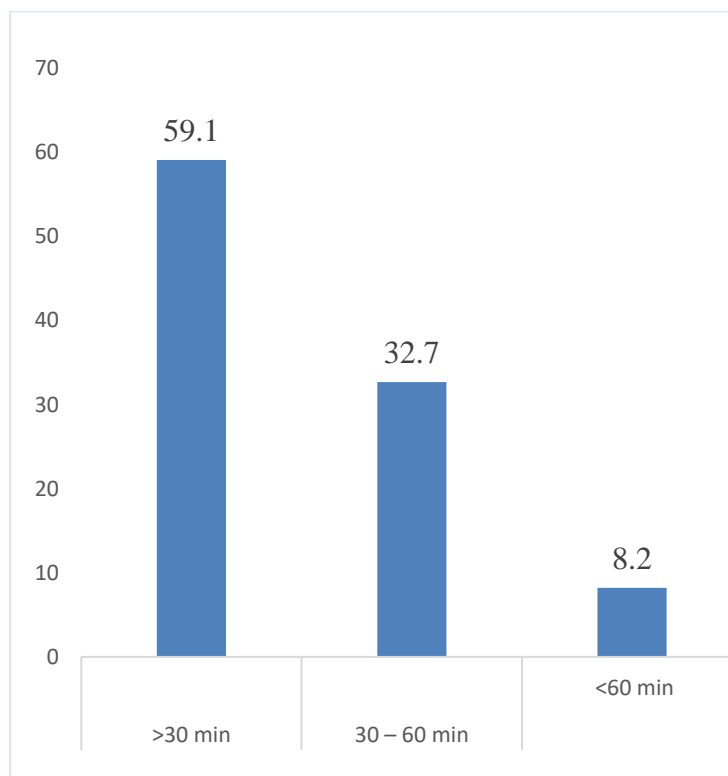


GRÁFICO 7

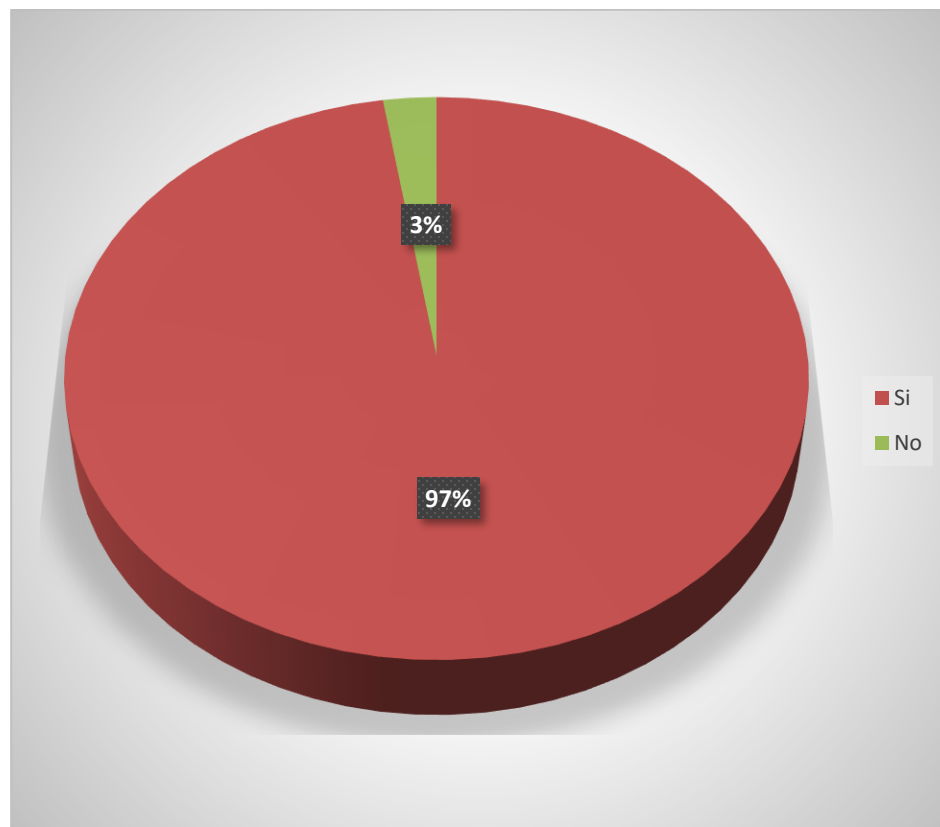
Tiempo que tardan para acudir a la consulta las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.



Fuente: Tabla No.7

GRÁFICO 8

Valor de la consulta accesible según las mujeres encuestadas del estudio Barreras asociadas a la práctica del auto examen de mama en mujeres en edad fértil asistentes a clínica Rainbow Network, Crucero, Octubre 2019.



Fuente: Tabla No.7

5.3. Instrumento de recolección de información: encuesta

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El presente cuestionario tienen como objetivo identificar las barreras asociadas al AUTOEXAMEN DE MAMA (AEM) que tienen las Usuaris en edad fértil de la Clínica Rainbow Network El Crucero, el estudio aportara elementos necesarios para contribuir con las mujeres a combatir sobre este flagelo, Su participación es voluntaria y su información será utilizada únicamente para fines de la investigación.

I. CARACTERISTICAS GENERALES:

1. Edad: 1) 15- 19 /___/ 2)20-24/___/; 3) 25-29/___/; 4).30-34:/___/; 5) 35-39/___/ 6)40-44/___ 7)45-49_____
2. Procedencia: 1. El Crucero: /___/; 2.Comarcas:/___/
3. Estado Civil: 1. Soltera/___/; 2. Acompañada/___/; 3 Casada/___/
4. Religión: 1. Católica/___/; 2. Evangélica/___/; .3. Otra/_____/ 4. Ninguna/___/
5. Escolaridad: 1 Primaria: /___/; 2.Secundaria: /___/; 3.Técnica/Universitaria: /___/
6. Ocupación: Ama de casa: ___ Agricultora___ Estudiante: _____ Otro: _____
7. Accesibilidad: Tiempo que tarda para acudir al consultorio RAI
>30 min _____ 30-60 min _____ < 60 min _____

II- Determinar barreras internas:- Percepción de amenaza del cáncer

Marque con un (X) la mejor contestación de acuerdo con sus creencias sobre el Auto Examen de Mama y el cáncer de Mama. TA: Totalmente de acuerdo; A: De acuerdo; I: Indeciso; (DS): Desacuerdo (TDS) Totalmente en desacuerdo. Totalmente de Acuerdo (TDA)

PERCEPCIÓN DE AMENAZA DEL CÁNCER DE MAMA	TDS (1)	D (2)	I (3)	A (4)	TDA (5)
8. El cáncer de mama le asusta.					
9. Cree que podría desarrollar cáncer de mama en el futuro.					
10. El cáncer de mama le daría muchos problemas a su salud.					
11. El cáncer de mama afectaría su relación de pareja.					
12. Si desarrollara cáncer de mama no viviría ni cinco años.					

ACEPTABILIDAD ANTE AL AUTO ESTOEXAMEN DE MAMA.

Las siguientes informaciones están referidas al auto examen de mama, lea cada uno y marque con una "X" su respuesta en la columna respectiva.

UTILIDAD DEL AUTOEXAMEN DE MAMA	SI (2)	NO (1)
13. Es bueno para su salud realizarlo		
14. Le preocupa la aparición de bultos, masas y secreción por el pezón.		
15. Le ayuda a detectar una enfermedad ya sea benigna o maligna.		
16. El Auto Examen de mama practicado mensualmente podría detectar precozmente el cáncer de mama.		
17. Debe acudir al médico cuando encuentre algo anormal.		
18. El Auto Examen de mama le podría evitar llegar a necesitar procesos médicos más drásticos si desarrollara cáncer de mama		
RAZONES POR LAS QUE NO SE REALIZAN EL AUTO EXAMEN LAS MUJERES	SI	NO
22. Por temor a tener algo anormal o cáncer		
23. Porque no saben cómo realizarlo		
24. No le toman importancia al tema del cáncer de mamas		
25. Porque piensan que es morboso		
26. Por que no visitan unidades de salud		
27. Por temor a que le quiten una mama si le sale cáncer de mama		
28. Le da vergüenza realizarse el auto examen de mama		
29. Por temor a que el marido la deje si le sale cáncer y le quiten una mama		
30. Porque el personal de salud no orienta		
31. Por bajo recursos y educación		
32. Despreocupación		
33. Por falta de costumbre		
34. Por falta de tiempo		
MITOS Y TABÚES ALREDEDOR DEL AUTOEXAMEN DE MAMA	SI	NO
35. Es pecaminoso tocarse las mamas		
36. Puede acudir a un curandero para que le de masaje o remedios para desaparecer La masa de la mama		
37. El autoexamen de mamas es doloroso		
38. Solo se auto examinan las mamas cuando hay dolor o siente molestias		
39. Es morboso realizarse el autoexamen de mamas.		
40. Le da temor que su pareja la deje si le sale cáncer.		
41. No tiene por qué realizarlo, no tiene nada, no le va a salir ningún cáncer.		
42. Los senos se ponen flojos (flácidos) al tocarlo mucho		
43. Si tiene pelotas en las mamas y no duelen no es maligno		
44. Es indecente realizarse el auto examen de mama		
45. Si tiene pelotas en las mamas y no duele no es maligno		
46. Los maridos son celosos cuando las mujeres se examinan		

III- Influencias externas y barreras en los servicios de salud

Las siguientes informaciones están referidas al auto examen de mama, lea cada uno y marque con una “X” su respuesta en la columna respectiva.

INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR EN LA PRACTICA DEL AUTO EXAMEN DE MAMAS	SI	NO
55. El compañero sentimental influye positivamente en la práctica del auto examen de mama		
56. El compañero sentimental indirectamente contribuye porque a veces es el quien detecta una masa en la pareja		
57. El compañero sentimental influye negativamente, puede decir que no lo realicen		
58. Influye si la madre o un familiar cercano tiene antecedentes de cáncer de mama		
59. Si se conoce del tema en el núcleo familiar		
60. La madre influye en el auto examen de mamas.		
61. No hay ninguna influencia porque en los tiempos de antes no existía esa enfermedad		
62. Las hermanas tienen influencia sobre la realización del autoexamen de mamas		
INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTERNO EN LA PRACTICA DEL AUTO EXAMEN DE MAMAS		
62. Las amigas influyen positivamente al compartir experiencias o vivencias		
63. Con las amigas hay más confianza para hablar sobre el tema		
64. La religión que profesa impide en que se toque las mamas		
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD		
65. Solo en algunos centros de salud , el personal da información sobre el autoexamen de mamas		
66. El personal de salud influye sobre la práctica del auto examen de mama		
67. No todo el personal de salud orienta sobre el Autoexamen de mamas		
68. El personal de salud no le ha explicado sobre el auto examen de mama		
69. El nivel de escolaridad influye en la realización del auto examen.		
71 ¿El tiempo de espera para pasar consulta es corto (menos de 30 min)?		
72. ¿El personal médico durante la consulta tiene una actitud agradable?		
73. ¿El personal médico la saluda al entrar a la consulta?		
74. ¿El personal de medico se presenta?		
75. ¿Hay privacidad visual o auditiva en los ambientes de atención?		
76. ¿Le ofertaron la realización del examen de mama?		

77. ¿Le han realizado el examen de mama durante la consulta?		
78. ¿Se ha realizado usted el AEM?		
79. ¿Le han explicado cómo realizarse el AEM?		
80 ¿El costo de 40 córdobas de la consulta médica es accesible?		
81¿Le brindaron privacidad durante la consulta?		
82. ¿Le da pena pasar consulta médica si el personal de salud es varón?		
83. ¿Se dejaría realizar el examen de mama por un médico varón?		
84. ¿Se dejaría realizar el examen de mama por una médica mujer?		
85. ¿Le dieron información sobre el cáncer de mama?		

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION!