

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILAR No 66

Título del Protocolo

**Conocimiento sobre el cáncer de mama, técnica de autoexamen, actitudes y su asociación con la práctica en mujeres derechohabientes a la UMF 66.**

Investigador Principal

***Dra. Yaren Olivia Santos Cruz***

Residente de primer Año de Epidemiología

[yaren\\_ody@hotmail.com](mailto:yaren_ody@hotmail.com)

Investigador Responsable

***Dra. María del Pilar Mata Miranda***

Delegación Veracruz Norte, 82400 -1143

[maria.matami@imss.gob.mx](mailto:maria.matami@imss.gob.mx)

Investigador Asociado

***Dra. Rocio Rosado León***

[rocio.rosado@imss.gob.mx](mailto:rocio.rosado@imss.gob.mx)

Delegación Veracruz Norte 82400 1143

Sede del Estudio

UMF 66

---

## Contenido

ANTECEDENTES .....	4
HISTORIA .....	4
DEFINICIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.....	5
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN .....	5
FACTORES DE RIESGO.....	6
FACTORES PROTECTORES.....	8
PREVENCIÓN SECUNDARIA .....	9
ABORDAJE DIAGNÓSTICO.....	13
CLASIFICACIÓN CELULAR DEL CÁNCER.....	14
EPIDEMIOLOGÍA .....	17
Marco Teórico .....	22
JUSTIFICACIÓN .....	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	24
HIPÓTESIS.....	24
OBJETIVOS .....	24
OBJETIVO ESPECÍFICO: .....	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	25
MATERIAL Y MÉTODOS .....	26
TIPO DE DISEÑO: .....	26
LUGAR: .....	26
TIEMPO:.....	26
POBLACIÓN: .....	26
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	26
TIPO DE MUESTRA:.....	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	27
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	27
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	27
PROGRAMA DE TRABAJO .....	27
VARIABLES .....	31
RECURSOS: .....	34
CRONOGRAMA DE TRABAJO .....	35

---

ANEXOS .....	36
ANEXO 2 .....	41
Bibliografía .....	36

---

## ANTECEDENTES

### HISTORIA

El cáncer de mama es una enfermedad que ha acompañado a la humanidad desde épocas antiguas. Se ha mencionado en cada período de la historia registrada y debido a los síntomas visibles, especialmente en los estadios avanzados han sido registrados por los médicos a partir de épocas tempranas. A diferencia de otros cánceres internos, los tumores del mama tienden a manifestarse como tumores visibles. (1)

Sin embargo, esta enfermedad era una cuestión de tabú y de vergüenza por lo que la detección y el diagnóstico era raro. La mención de los cánceres de mama en literatura de los libros médicos fue escasa.

La implicación activa de más mujeres de poner en evidencia la enfermedad, es un fenómeno reciente de aproximadamente tres o cuatro décadas atrás. En los años 90 el símbolo del cáncer de mama (la cinta rosada) puso en evidencia una revolución contra este cáncer. (1)

Los Egipcios fueron los primeros en observar la enfermedad hace más de 3.500 años. La condición fue descrita en los papiros de Edwin Smith y de George Ebers, donde se documentan ocho casos de cáncer mamario.

En 460 A.C., Hipócrates, quien dio el nombre de Cáncer a las enfermedades malignas describiéndola como enfermedad humoral. Él postuló que el cuerpo humano consistió en cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra). Sugirió que el cáncer fuera causado por el exceso de la bilis negra.

En 1680, el médico Francés Francois de la Boe Sylvius comenzó a desafiar la teoría humoral del cáncer. Él presumió que el cáncer no vino de un exceso de la bilis negra. propuso que el cáncer viene de un proceso químico que transformó los líquidos linfáticos de ácido a acre. (2)

En 1730 el médico Claude-Deshais Gendron de París también rechazó la teoría sistémica de Galen y dijo que el cáncer se formó cuando el nervio y el tejido glandular se mezclaron con los vasos de linfa. Henry Francois Le Duran (1685-1770), consideró al cáncer como una enfermedad local en sus etapas iniciales y subrayó que la única esperanza de curación era la cirugía temprana (Hipótesis de la enfermedad local). (2)

Guillermo Halstead de Nueva York hizo cirugía radical de mama, el patrón oro por los 100 años próximos. Él desarrolló la mastectomía radical, extirpando totalmente al seno, los ganglios axilares, y ambos músculos del pecho como el único procedimiento para prevenir la extensión del cáncer de mama. (1)

---

En 1955, Bernard Fisher mencionó la capacidad del cáncer para extenderse por metástasis. En 1976, Fisher publicó resultados usando una cirugía conservadora más simple seguida por la radiación o la quimioterapia. Él observó que éstos eran apenas tan efectivos como mastectomía radical.

En 1995, el menos de 10 por ciento de mujeres con cáncer de mama tenía una mastectomía. Esta vez también consideró el revelado de las terapias nuevas para el cáncer de pecho incluyendo tratamientos hormonales, cirugías y terapias biológicas. La Mamografía también fue desarrollada para la detección temprana de los cánceres. Los Científicos entonces aislaron los genes que causan el cáncer de mama. (1)

## **DEFINICIÓN DEL CÁNCER DE MAMA**

El cáncer de mama se define como "el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse". (3)

## **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Podemos decir que las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para el conocimiento de los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a disminuir la morbilidad por el cáncer de la mama, así como fomentar la demanda de la detección temprana con el objeto de mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento. (4)

Desde la perspectiva de la salud pública, la disminución de la prevalencia de factores de riesgo en la comunidad, implicados en la causalidad del cáncer, puede tener un impacto significativo en la disminución de la morbilidad y la mortalidad del cáncer de mama. Por lo anterior, se fomentará la coordinación institucional y social para su inclusión en campañas de comunicación y educación a la población que favorezcan hábitos de vida saludables para reducir el riesgo de cáncer de mama.

Las acciones de promoción también incluyen el desarrollo de entornos saludables, el reforzamiento de la participación social, la reorientación de los servicios de salud a la prevención y las necesidades interculturales de las personas, así como el impulso de políticas públicas saludables. (4)

Las actividades de detección del cáncer de mama, consisten en tres tipos de intervención específica que van dirigidos a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad o vulnerabilidad y son:

- Autoexploración, para el diagnóstico temprano
- Examen clínico, para el diagnóstico temprano
- Mastografía, para la identificación en fase preclínica. (4)

Desde la perspectiva de la salud pública, la disminución en la comunidad en términos de prevalencia de los factores de riesgo implicados en la causalidad del cáncer, puede tener un impacto significativo en la reducción de la morbilidad y

---

mortalidad por cáncer de mama. En los últimos años, todas las instituciones del sector salud y las organizaciones de la sociedad civil han hecho un esfuerzo particular para informar de manera más amplia a la población sobre los métodos de prevención y diagnóstico temprano de las diferentes enfermedades.

Si bien los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de la mama y su efecto en la mortalidad no han mostrado evidencia invariable de su beneficio, en un país como el nuestro es imperativo continuar con estas acciones cuando éstas van acompañadas de un programa organizado para el diagnóstico temprano. La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el cáncer de mama dirigida a sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubren alguna anomalía, así como la exploración clínica ante la ausencia de servicios de tamizaje por mastografía, acompañada de programas de educación a la población. <sup>(5)</sup>

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son los siguientes:

### A) *Biológicos*:

- **Sexo femenino.**
- **Envejecimiento:** A mayor edad mayor riesgo. La edad es uno de los factores más conocidos para padecer cáncer de mama. En México suele manifestarse a partir de los 20 años de edad y su frecuencia se incrementa hasta alcanzar los 40 a 54 años. Las pacientes menores de 40 años tienen un riesgo mayor de desarrollar una recurrencia local. <sup>(5) (6)</sup>
- **Antecedente personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas.** En lo que a historia familiar-genética respecta, por cada integrante de primer grado con antecedente de cáncer de mama, se incrementa el riesgo 1.8 veces, respecto a las mujeres que no manifiestan la enfermedad. <sup>(7)</sup>
- **Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar *in situ* por biopsia.** En mujeres con antecedente de enfermedad benigna se eleva el riesgo, principalmente cuando el resultado histopatológico es de hiperplasia de células ductales o lobulillares. En pacientes con hiperplasia atípica aumenta de 4 a 5 veces el riesgo de padecer cáncer.
- **Vida menstrual mayor a 40 años** (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- **Densidad mamaria.**
- **Ser portador conocido de los genes *BRCA1* o *BRCA2*.** Si una mujer tiene mutación del *BRCA1* o *BRCA2* tienen un aumento en el riesgo del cáncer de mama. Además, las mujeres que tuvieron cáncer en una mama tienen un riesgo más alto de contraer el cáncer en la otra mama. Estas mujeres también tienen mayor riesgo de cáncer de ovario y pueden tener un mayor riesgo de otros cánceres. <sup>(5) (7) (8)</sup>.

---

B) *Iatrógenos o ambientales:*

- **Exposición a radiaciones ionizantes**, principalmente durante el desarrollo o crecimiento (*in utero*, en la adolescencia). la exposición a la radiación ionizante produce lesiones en el genoma, como hidroxilación de la timina, lo que resulta en formación de dímeros de dicha base nitrogenada y rotura de una o dos cadenas de ADN. <sup>(5) (7)</sup>
- **Tratamiento con radioterapia en tórax.**

C) *Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos:*

- **Nuliparidad.**
- **Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.** El primer embarazo después de los 30 años de edad se considera un factor de riesgo, pues éste produce un efecto protector, como resultado de la proliferación y diferenciación del tejido mamario durante la gestación, lo que se considera un factor protector a la lactancia acumulativa (más de 16 meses) y aumento en la paridad. <sup>(8)</sup>
- **Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años.** La terapia hormonal de reemplazo por tiempo prolongado (periodo mayor de cinco años) incrementa en 2% anual el riesgo de padecer cáncer de mama. Este riesgo permanece latente cinco años después de suspender el tratamiento; posterior a este periodo, el riesgo se iguala al de las mujeres que nunca recibieron terapia. <sup>(6) (7) (8) (9)</sup>

D) *Factores de riesgo relacionados con estilo de vida:*

- Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.
- Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos *trans*.
- **Obesidad, principalmente en la posmenopausia.** Se considera que el IMC de 27 o mayor, para talla normal, y de 25 o mayor para la población de talla baja (150 cm para mujeres) es un factor de riesgo. Mientras que en la mujer premenopáusicas la obesidad tiene relación inversamente proporcional con el desarrollo de cáncer de mama, en la posmenopáusicas se convierte en un factor importante, <sup>14</sup> pues se asocia con riesgo hasta dos veces mayor que en las mujeres premenopáusicas. En la mujer posmenopáusicas obesa, el tejido adiposo se convierte en el único órgano productor de estrógenos, a través de la aromatización de androstenediona, ya que se altera la unión de éstos con la proteína transportadora de esteroides sexuales, lo que induce elevadas concentraciones de estrógenos libres. <sup>(8) (9)</sup>
- **Sedentarismo.**
- **Consumo de alcohol.** mayor a 15 g/día. El consumo de bebidas alcohólicas se ha identificado como factor de riesgo, ya que entre sus productos se encuentra el acetaldehído, conocido como carcinógeno primario en animales.

---

Diversos estudios epidemiológicos muestran la asociación del consumo de alcohol con el cáncer de mama de forma consistente, lo que sugiere una modesta asociación, y un relación de dosis-respuesta. El consumo de alcohol incrementa los niveles endógenos de estrógeno, un riesgo conocido para cáncer de mama.. Es conocido que los derivados de la metabolización del alcohol son tóxicos, y se ha pensado que causan modificaciones en el DNA que llevan al cáncer. La investigación reciente se ha enfocado en genes que influyen la velocidad con la que se metaboliza el alcohol, y elevan las concentraciones de acetaldehído que se piensa puede aumentar el riesgo de cáncer de mama <sup>(9)</sup> <sup>(10)</sup>

- **Tabaquismo.** Aún existe controversia entre la asociación del tabaquismo y el cáncer de mama, pues algunos autores señalan que los derivados del tabaco, como el benzopireno, las aminas aromáticas y las nitrosaminas están implicados en la carcinogénesis de la mama; otros autores, sin embargo, no han encontrado asociación alguna. <sup>(5)</sup> <sup>(8)</sup>.

## FACTORES PROTECTORES

La promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población. Se debe orientar a las mujeres acerca de su responsabilidad en el autocuidado de la salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover los estilos de vida sanos como:

- Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales. <sup>(5)</sup>

Práctica de ejercicio físico moderado, que se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de mama en la población general. El ejercicio y el control de peso en la actualidad representan los cambios de vida más eficientes que una mujer puede realizar para reducir el riesgo de cáncer de mama. Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que realizar una actividad física constante reduce el riesgo, hasta de un 10-30%, de presentar algunos tipos de cáncer, como el de colon, de endometrio, de próstata, de páncreas y de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas y, posiblemente, premenopáusicas.

Las recomendaciones actuales de actividad física son de 30-60 minutos diarios y con una intensidad de moderada a vigorosa <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>

- Consumo de ácido fólico.
- Amamantar, por lo que debe incluirse entre las ventajas de la lactancia materna. La edad temprana de la madre en el primer embarazo y la paridad, así como la lactancia materna, se han descrito como factores protectores. Por cada 12 meses de lactancia materna hay una reducción a padecer cáncer de mama del 4%. <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>
- Mantener un adecuado índice de masa corporal pues el elevado ( $> 30$ ) se asocia con un incremento significativo en el riesgo de cáncer mamario.
- La mastectomía o la ooforectomía como una estrategia para reducir el riesgo de cáncer de mama es apropiada para aquellas mujeres quienes tienen un



---

riesgo familiar muy alto y la opción debe ser discutida de manera individual y en cada paciente y bajo el apoyo de un equipo multidisciplinario.

## PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria para la detección del cáncer de mama debe incluir la autoexploración, el examen clínico y la mastografía. De acuerdo a la OMS la detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este cáncer. Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. El cribado mediante mamografía es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo. (11)

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer. (11)

Hay dos métodos de detección precoz:

- El diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y
- El cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.

## AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

No hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

El autoexamen de mama es el más simple, de bajo costo y no invasivo, además de que tiene la ventaja de ser llevado a cabo por la propia mujer. Su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano, sobretudo en países de escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente para realizar mamografías en la población de forma rutinaria. (12)

La asociación Americana de Cáncer recomienda realizar la Autoexploración de las mamas en forma mensual a todas las mujeres a partir de la menarca, sobretudo en mayores de 20 años de edad. La exploración debe ser entre los días

---

siete y diez del ciclo menstrual, cuando el tamaño de la mama es menor y la nodularidad cíclica es menos evidente durante la etapa reproductiva, mientras que en la mujer postmenopáusica, la autoexploración se debe realizar en un día fijo mensualmente. (4) (5) (11) (13)

El autoexamen mamario debe perseguir los objetivos siguientes: desterrar la cancerofobia, sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, lograr que tenga un mayor conocimiento de su propio cuerpo y que identifique cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada. (13) (14)

Es función del personal de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres mayores de 20 años de edad que acudan a las unidades médicas. (4)

A pesar de lo anterior, el autoexamen de mama tiene una sensibilidad de 26 a 46% para detectar abultamientos de 0.5 a 1.0 cm. (9).

A continuación se describe la técnica adecuada para realizar el autoexamen mamario.

#### 1.- OBSERVACIÓN:

Buscar abultamientos, inflamación, hundimientos, enrojecimiento y ulceraciones en la piel; desviación de la dirección o retracción del pezón o de otras áreas de la piel, así como cambios del tamaño de la forma de las mamas en las siguientes posiciones.

- Parada frente a un espejo, con sus mamas descubiertas, coloque los brazos a lo largo del cuerpo y observe.
- Junte sus manos detrás de la nuca, ponga los codos hacia delante y observe.
- Con las manos en la cintura inclínese hacia adelante y empuje los hombros y los codos también hacia adelante (tiene que sentir el esfuerzo de los músculos del pecho) y observe.



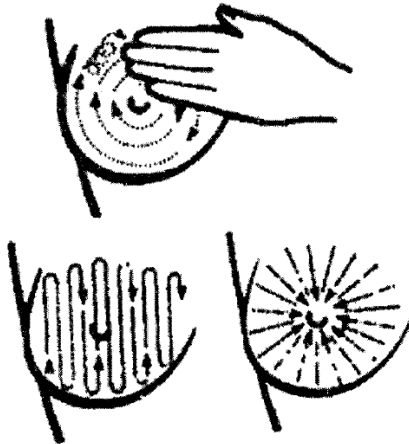
#### 2.- PALPACIÓN:

Busque bolitas, zonas dolorosas, abultamientos, o consistencia diferente al resto de la mama de la siguiente manera:

- 
- De pie frente al espejo o durante el baño, levante su brazo izquierdo y póngalo en la nuca, con la yema y la palma de la mano derecha revise toda su mama izquierda firme y cuidadosamente haciendo movimientos circulares de adentro hacia afuera, abarcando toda la mama y terminando donde inició. Preste especial atención a la parte externa que está junto a la axila.

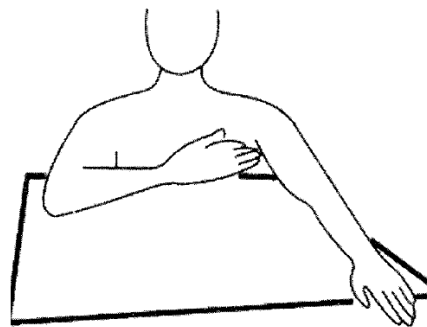


Para terminar apriete suavemente su pezón y observe si hay secreción (transparente, blanca, verde, serohemática o sanguinolenta).



haga el mismo procedimiento con la mama derecha.

Exploración de la región axilar; se le indica lo realice de preferencia sentada, levantando su brazo derecho colocando las yemas y la palma de su mano



izquierda lo más alto, profundo y hacia arriba del hueco axilar, suave pero firme, que baje el brazo y recargue en una mesa, y en la posición parada se indica baje el brazo bajo su costado e inicie palpando con movimientos circulares.

---

Si encuentra alguna anomalía en la observación o a la palpación, debe acudir con su médico familiar cuanto antes.

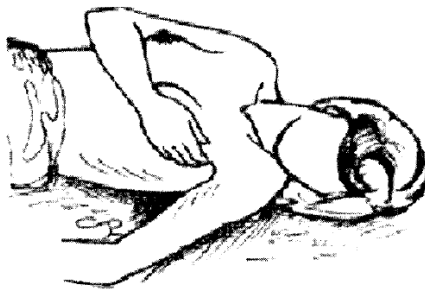
También se debe enseñar a la paciente a explorar la región lateral del cuello y la región supraclavicular.

Se explora sentada con las manos en la cintura y debe empujar los hombros y los codos hacia adelante.

Si explora el lado derecho del lado lateral del cuello y la región supraclavicular, realiza la palpación con el dedo índice y medio de la mano izquierda con movimientos circulares, extendiendo la exploración hacia la cara lateral del cuello con la yema y palma digitales de los dedos índice, medio y anular.

En mujeres con mamas de mayor volumen no deben omitir la palpación en posición acostada.

Acostada sobre su espalda con una almohada pequeña o una toalla pequeña enrollada debajo de su hombro izquierdo, ponga su brazo izquierdo detrás de su cabeza y con la yema y palmas digitales de los dedos de la mano derecha revise toda la mama izquierda de la misma forma que lo hizo con la parada.



Haga lo mismo para revisar la mama derecha. (5) (9)

## EXPLORACIÓN MAMARIA CLINICA

El examen clínico de las mamas debe ser realizado anualmente a cada mujer mayor de 25 años que asista a las unidades de salud, por personal médico o de enfermería capacitado, en condiciones que garanticen el respeto a la privacidad de la mujer tales como:

Realizar la exploración en presencia de un/a familiar, enfermera, auxiliar o asistente de consultorio.

Utilizar bata para cubrir las mamas cuando no se estén inspeccionando o palpando.

- El examen clínico de las mamas debe incluir la identificación de los factores de riesgo en la historia clínica, para determinar la edad de inicio de la mastografía, así como necesidades especiales de consejería en mujeres de alto riesgo.
- El diagnóstico presuntivo de patología mamaria maligna se puede establecer por los siguientes signos clínicos compatibles con cáncer de mama:

- 
- Nódulo sólido, irregular de consistencia dura, fijo a planos profundos;
  - Cambios cutáneos evidentes (piel de naranja, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento);
  - Zona de sistematización en el tejido glandular, focalizado a una sola mama y región;
  - Secreción serosanguinolenta;
  - Crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular;
  - El examen clínico y la cita de la próxima detección debe registrarse en la Cartilla Nacional de Salud. (4)

Se recomienda realizar el examen clínico completo a todas las pacientes y revisión ginecológica anual en mujeres con antecedente de cáncer de mama o cáncer familiar.

Para mujeres sin factores de riesgo se recomienda realizar el examen clínico cada 1 a 3 años a partir de los 20 a 39 años de edad. (9)

## ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Los signos y síntomas de sospecha de cáncer mamario son:

- Tumor palpable de consistencia dura y no doloroso, con escaso desplazamiento y bordes irregulares.
- Ganglio de mayor consistencia, duro, no doloroso, persistente y tiende a formar conglomerados de crecimiento progresivo.
- edema de la piel (piel en aspecto de naranja)
- Retracción cutánea.
- Ulceración de la piel.
- Úlcera o descamación del pezón.
- Telorrea (secreción serosanguinolenta).

Además de los signos clínicos otros datos de sospecha son:

- Mastografía sospechosa o sugestiva de malignidad (BI-RADS 4 o 5).

La sospecha se incrementa con:

- antecedentes familiares de cáncer de mama.
  - Antecedentes personales de hiperplasia atípica y/ cáncer lobulillar in situ.
- (5)

---

## CLASIFICACIÓN CELULAR DEL CÁNCER

De acuerdo a la clasificación del American Joint Committee on Cancer señala. El cáncer ductal o invasor es el tipo histológico más frecuente del cáncer de mama que se presenta y abarca cerca del 70 y 80% de los casos.

- 
- Carcinoma NOS (sin otra especificación por sus siglas en ingles).
- Ductal.
- Intraductal (insitu)
- Invasor con componente intraductal predominante
- Invasor NOS
- Comedon.
- Inflamatorio.
- Medular con infiltración linfocítica.
- Mucinoso (coloide)
- Papilar.
- Escirroso.
- Tubular.
- Otro
- Lobular
- In situ
- Invasor con componente predominantemente in situ
- invasor
- Ca de pezón
- Enfermedad de Paguet NOS
- Enfermedad de Paguet con carcinoma intraductal
- Enfermedad de Paguet con carcinoma ductal invasor
- Carcinoma no diferenciado. (3) (5).

La última modificación a la clasificación TNM se llevó a cabo en el año 2010. En el nuevo documento se hace énfasis en el uso de imagenología, incluidos mastografía, ultrasonido y resonancia magnética como ayuda para determinar el tamaño del tumor primario. También hace una clara recomendación para que la medición microscópica sea la utilizada para carcinomas invasores pequeños que pueden ser incluidos en un solo bloque de parafina, además de que la medida macroscópica sea la usada en carcinomas de mayor tamaño que requieren dos o más bloques de parafina. (3) (5)

Por otra parte, hace la aclaración de que solamente la enfermedad de Paget no relacionada con neoplasia *in situ* o invasora subyacente debe clasificarse como Tis (Paget). La enfermedad de Paget vinculada con un carcinoma subyacente debe clasificarse de acuerdo con el tamaño del tumor. Esta revisión recomienda

---

también estimar el tamaño de las neoplasias *in situ* (ductales y lobulillares) porque este parámetro puede influir en la decisión terapéutica.

Finalmente, la etapa I ha sido dividida en IA y IB; la etapa IB incluye los tumores pequeños (T1) que tienen exclusivamente micrometástasis en ganglios linfáticos (N1m1) (3) (5)

## PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) son un esfuerzo institucional en materia de prevención y una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito la provisión sistemática y ordenada de acciones claramente definidas y relacionadas con: a) promoción de la salud; b) vigilancia de la nutrición; c) prevención, detección y control de enfermedades y d) salud reproductiva. Dicha estrategia abarca los 39 programas específicos de salud pública y reproductiva, todos ellos justificados, pero que hacían difícil la tarea de los equipos de trabajo, sobre todo en las unidades de medicina familiar.

Para tal fin la Dirección de Prestaciones Médicas, estableció cinco Programas Integrados de Salud por grupos etáreos, esta conformación obedece a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa, tal cual se señala en las guías técnicas de cada programa y es como sigue:

- Salud del niño (menores de 10 años)
- Salud del adolescente (10–19 años)
- Salud de la mujer (20–59 años)
- Salud del hombre (20–59 años)
- Salud del adulto mayor (mayores de 59 años). (15)

### Estrategias

#### I. Información a la población

Para que los derechohabientes participen de forma corresponsable en el cuidado de su salud, es necesario que conozcan los programas que para este fin desarrolla el instituto.

#### *Líneas de acción*

- Establecimiento de un sistema institucional de cartillas de salud por grupo de edad, las cuales se entregan a todos los derechohabientes de manera informada, desde el momento
- de su alta en las unidades de adscripción.
- Elaboración de Guías para el Cuidado de la Salud por grupo etáreo, para ser distribuidas a todos los derechohabientes.
- Desarrollo de un programa de comunicación social en medios electrónicos.

- 
- Promoción de los Programas Integrados de Salud en coordinación con:
  - Dirección de Prestaciones Sociales.
  - Coordinación de Orientación y Atención al Derechohabiente. (15)

## II. Capacitación

Previo a la implementación de la estrategia, se requiere del desarrollo de un programa de capacitación para todo el personal de salud, con énfasis en el primer nivel de atención.

### *Líneas de acción*

- Actualización de la normatividad en cuanto a:
- Elaborar y distribuir las guías prácticas que definen la periodicidad de las actividades por grupo de edad y por cada uno de los componentes.
- Elaborar y distribuir las guías técnicas que describen los procedimientos relacionados con cada
- componente.
- Incorporar a todos los trabajadores del Instituto Mexicano del
- Seguro Social a los Programas Integrados de Salud, con el propósito de que se beneficien de éstos y participen en su promoción y difusión.

### *III. Reorganización de servicios en las Unidades de Medicina Familiar con base en las propuestas elaboradas en nivel operativo.*

Las consideraciones para las propuestas de los diferentes modelos operativos están de acuerdo con el tamaño de las unidades médicas, los recursos disponibles y las variaciones regionales.

### *IV. Supervisión*

Para tal fin, se desarrolla un sistema de supervisión integral con la participación de los niveles normativo, delegacional y operativo y el diseño de instrumentos.

### *V. Sistema de información*

El sistema de información de los Programas Integrados forma parte del sistema único de información en salud. Entre sus propósitos están, el simplificar las tareas que actualmente realiza el personal de nivel operativo y fomentar la cultura de análisis de la información.

### *VI. Evaluación*

Utilizar la información del sistema, para la construcción de indicadores de cobertura y de impacto.

Mantener actualizado el sistema con la realización de encuestas de salud con base poblacional y representatividad a nivel delegacional.



---

## Salud de la mujer: de 20 a 59 años Metas de impacto

- Reducir 10% la mortalidad materna
- Reducir 30% la mortalidad por cáncer cérvico-uterino
- Mantener la mortalidad por cáncer de mama por abajo de los niveles actuales
- Reducir 15% la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis
- Retrasar 10% la edad promedio de muerte por diabetes
- Desacelerar el incremento estimado de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular y cardiopatía isquémica
- Elevar a 80% la proporción de mujeres que conocen los factores protectores asociados a estilos de vida saludables
- Reducir 30% la prevalencia de anemia en mujeres
- Reducir 10% la prevalencia de obesidad en las mujeres usuarias de los servicios de salud
- Mantener por debajo de los niveles actuales el consumo de drogas
- Mantener las tasas de incidencia de ITS por debajo de los niveles actuales
- Disminuir la transmisión de VIH por vía heterosexual hacia las mujeres

## EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este mal causó 7.6 millones de defunciones (aproximadamente 13% del total), siendo las neoplasias de pulmón, estómago, hígado, colon y mama las más frecuentes (OMS, 2013). (11) (18) (19)

De acuerdo con la OMS, el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama, que a nivel mundial representa 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos. Este padecimiento se presenta con más frecuencia en países desarrollados, pero tiene mayor impacto en la población de países de bajos y medios ingresos como México, debido al aumento en la esperanza de vida, la urbanización y cambios en el modo de vida. Para reducir el impacto de esta enfermedad entre la población, la OMS afirma que la detección temprana es una estrategia fundamental para el diagnóstico, tratamiento y control oportuno. (18)

---

La OMS afirma que la incidencia del cáncer de mama aumenta en el mundo, debido a factores como una mayor esperanza de vida, urbanización y adopción de modos de vida occidentales.

De igual manera se estima que en 2008 a nivel mundial fallecieron 458 mil personas por cáncer de mama (OMS, 2012) y para la región de las Américas la OPS, calcula que en cada año mueren 82 mil mujeres a consecuencia de esta enfermedad, con las tasas más altas en América del Norte y el Caribe; mientras que en Centroamérica son 1.5 veces más bajas pero con menor supervivencia de los países de la región (OPS, 2012). (18) (19) (20)

Durante los últimos cinco años en México, la tasa de mortalidad observada por cáncer de mama, no ha mostrado grandes variaciones; entre los varones de 20 años y más en 2007 fue de 0.13 por cada 100 mil y disminuye a 0.11 en 2011; la tasa observada para mujeres de 20 años y más que ha fallecido por cáncer mamario aumentó de 13.92 por cada 100 mil en 2007 a 14.05 en 2011. El año con más defunciones por esta causa fue 2008 con una tasa de 14.30 de cada 100 mil mujeres de 20 años y más.

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2011), señala que el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe; estima que en 2008 se diagnosticaron poco más de 320 mil mujeres con este padecimiento y calcula que para 2030 se incrementará 60 por ciento (OPS, 2012); reporta que en 2009 en América Latina, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de cáncer maligno es de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes. Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168.4 por cada 100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6); México como resultado de los esfuerzos que se han llevado a cabo en materia de prevención, atención oportuna y sensibilización, tiene la tasa más baja de Latinoamérica (75.4). (18)

En el año 2010 se registraron 5,113 defunciones, con una tasa de mortalidad de 10.1 fallecimientos por 100 mil mujeres, lo que hace un total de 13,648 nuevos casos. La incidencia también aumenta con la edad; sin embargo, la relación de la edad con la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama no está debidamente definida. Se ha observado que las mujeres jóvenes con cáncer de mama tienen patrones biológicos de comportamiento más agresivo. (19)

En México, 30 de cada 100 mujeres que salen de un hospital por tumores malignos en 2011, padecen cáncer de mama.

La incidencia de cáncer de mama es más alta en las mujeres que en los varones. Durante 2011 afectó a 23.70 de cada 100 mil mujeres de 20 años y más.

Por entidad federativa, con excepción del Distrito Federal (20.66 muertes por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), es la región norte del país donde se concentran las tasas más altas de mortalidad observada, siendo Chihuahua (20.71

---

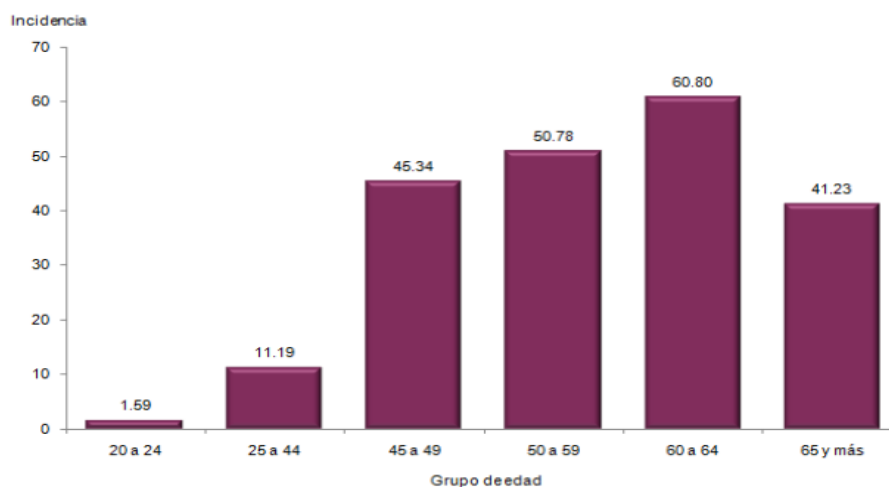
mujeres de cada 100 mil de 20 años y más), Coahuila (20) y Baja California Sur (19.08), las que presentan las más elevadas; en contraparte, las entidades en donde se ubican las tasas más bajas de defunciones por cáncer de mama en mujeres de 20 años y más son Quintana Roo (5.96 fallecimientos), Oaxaca (7.18) y Campeche (8.18).

El estado de Veracruz presenta una tasa de 12 a 13.7 defunciones por cada 100 mil mujeres en el 2008. (FIGURA 1) (20) (21)

En 2011, la incidencia más alta de neoplasias mamarias entre las mujeres de 20 años y más, se ubica en la población de 60 a 64 años de edad (61 casos nuevos por cada 100 mil mujeres), seguida de las mujeres de 50 a 59 años (51 casos por cada 100 mil) y en las de 45 a 49 años (45 casos nuevos), razón por la que la Normatividad mexicana en este sentido, establece que las mujeres a partir de los 45 años, deben realizarse una mastografía cada dos años. (FIGURA 1)

**Incidencia de tumor maligno de mama en mujeres de 20 años y más, por grupo de edad 2011**

Por 100 mil mujeres de cada grupo de edad



Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), código C50.

Excluye casos con edad no especificada.

Fuente: SSA, CENAVECE (2012). *Anuarios de Morbilidad 1984-2011*; y CONAPO (2013). *Proyecciones de la Población de México 2010-2050*. Proceso INEGI.

**GRAFICA 1**

Por entidad federativa, se observa que en 2011 los estados con el mayor número de casos nuevos de tumores malignos de mama son Veracruz (52.02 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), Jalisco (45.91 de cada 100 mil) y San Luis Potosí (41.44); mientras que en Guerrero, Quintana Roo y Guanajuato, la identificación de casos nuevos de neoplasias mamarias es muy baja (3.58, 5.25 y 7.32 por cada 100 mil mujeres, respectivamente). (FIGURA 1)

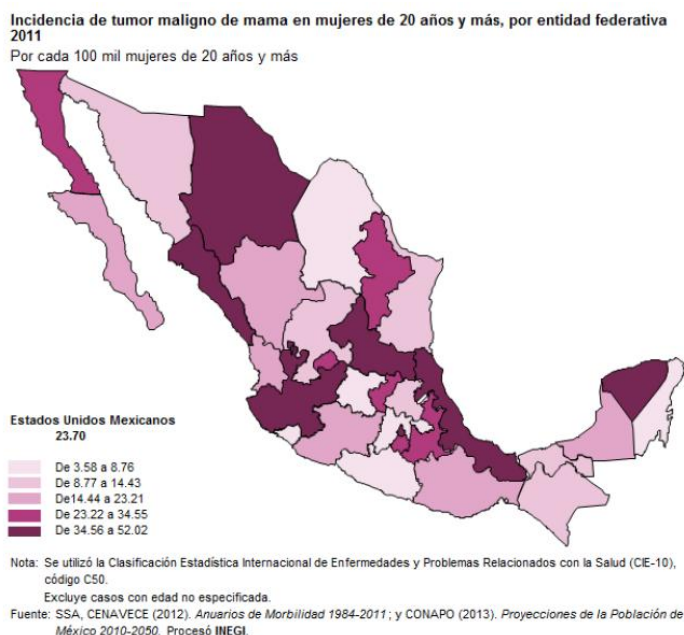


FIGURA 1

De las mujeres de 20 años y más que egresan de un hospital por este tipo de cáncer, las tasas de morbilidad hospitalaria más altas se presentan en las de 60 a 69 años de edad, con 174.09 casos por cada 100; le sigue el grupo de mujeres de 50 a 59 con 158.10 y el de 70 a 79 años con 133.35 egresos. Es decir, existe un incremento en la tasa conforme aumenta la edad de la mujer hasta los 69 años para después descender. Si bien es más frecuente este tipo de cáncer entre la población de 40 años y más, resulta preocupante su presencia en mujeres de 20 a 29 años, debido a que el pronóstico general de la enfermedad es muy pobre. (18)

La tasa de letalidad hospitalaria permite observar la agresividad de una enfermedad; en el caso de las neoplasias es comprensible que después de una cirugía, quimioterapia o radioterapia, quede debilitado el sistema inmune de los pacientes y, si además presentan comorbilidades como la diabetes, algunos de los tratamientos resulten dañinos a largo plazo, llevando al enfermo a la muerte. Para 2011 el grado de letalidad (o peligrosidad) de esta enfermedad resulta mayor conforme se incrementa la edad. A nivel nacional fallecen en un hospital cuatro de cada 100 personas con esta enfermedad; en la población de 80 años y más se ubica la tasa más alta, con 15 casos de cada 100 mujeres que padecen cáncer de, seguido por las de 70 a 79 años (seis de cada 100 mujeres enfermas) y de 60 a 69 años (cuatro casos). (18) (21)

---

A nivel estatal, se observa que la tasa de letalidad es heterogénea, ya que mientras en Michoacán, Oaxaca, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Chiapas, de cada 100 mujeres de 20 años y más hospitalizadas por tumores malignos de mama fallecen menos de tres, en estados como Hidalgo mueren 17; y en Tlaxcala se presentan 67 defunciones de cada 100 mujeres hospitalizadas, situación que es grave, ya que además es el estado con el porcentaje más bajo de mastografías realizadas en instituciones públicas de salud. En este caso Veracruz se encuentra con 4.6 defunciones por cada 100 mujeres hospitalizadas. (19) (21)

La OMS recomienda que en países de altos ingresos, las campañas de prevención se enfoquen a la realización de mastografías, y en los de bajos y medios ingresos, en el uso de la autoexploración como técnica de detección de lesiones palpables (OMS, 2012). En México, la autodetección es muy alta pero sólo entre el 5 y 10% de los tumores son identificados en estadio I.

En 2011, la entidad que realiza el mayor número de mastografías es el Distrito Federal (2 114.24 estudios por cada 100 mil mujeres de 20 a 69 años). (18)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, reporta que de las mujeres de 20 años o más que asistieron en el último año a algún servicio de medicina preventiva para detección de este cáncer, a 36.3% se les realizó exploración clínica de los senos; y en las mujeres de 40 a 69 años, a 41% se les hizo una mastografía.

Durante 2011, las entidades que realizaron el mayor número de mastografías en instituciones públicas de salud son el Distrito Federal (33.1%), Puebla (10.9%) y Baja California (5.3%) que son también las entidades que tienen las tasas más altas de mastografías realizadas entre la población femenina en riesgo (de 20 a 69 años) con 2,114.24, 1,223.91 y 1,070.70 estudios por cada 100 mil mujeres en ese grupo de edad, respectivamente. (22)

Llama la atención que Veracruz y Jalisco se ubican entre los estados con porcentajes altos de estudios realizados (lugar 5 y 6, respectivamente) y tengan las tasas más bajas de mujeres evaluadas en relación con el total de su población en riesgo. Presentan tasas de 278.27 y 279.37 por cada 100 mil mujeres en edad de riesgo (lugar 26 y 25, respectivamente). También hay otros estados que con porcentajes aparentemente bajos de pruebas realizadas como Baja California Sur (1.0%, lugar 18), Campeche (1.3%, lugar 15) y Colima (0.5%, lugar 22), se ubican entre los que tiene las tasas más altas de mujeres beneficiadas con el estudio (983 en Baja California Sur, 959 en Campeche, y 492.63 en Colima por cada 100 mil mujeres de 20 a 69 años, que las ubican en el lugar 4, 5 y 14, respectivamente). (22)

Para el estado de Veracruz las cifras de la ENSANUT 2012 mostraron que en el caso de la exploración clínica de senos, 27.6% de las mujeres de 20 años o más

reportó haberse realizado dicha prueba. La mayor frecuencia se observó en el grupo de 40 a 59 años con 32.1 por ciento.

En el caso de la detección del cáncer de mama, 9.9% de las mujeres de 40 a 69 años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta. (Tabla 4) (22)

TABLA 4

-----  
 Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo. Veracruz, México, ENSANUT 2012

	Sí		
	Frecuencia*	%	IC95%
<b>Prueba de Papanicolaou</b>			
20-39	559.1	43.6	38.5-48.8
40-59	526.8	61.5	54.4-68.1
60 o más	146.9	33.5	25.0-43.2
Total	1232.7	47.8	43.3-52.3
<b>Exploración clínica de senos</b>			
20-39	340.3	26.5	21.3-32.4
40-59	279.7	32.1	25.3-39.7
60 o más	101.2	22.1	15.0-31.4
Total	721.2	27.6	23.2-32.4

## Marco Teórico

En la literatura científica se encuentran algunos estudios similares que se han hecho en otros lugares del mundo y en varios lugares de nuestro país.

En Lima Perú (2011) se publicaron los resultados sobre el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en mujeres de 19 a 49 años llegando a la conclusión de que los conocimientos sobre cáncer de mamas en mujeres en una mínima proporción presenta un nivel bajo de conocimientos, mientras que el mayor porcentaje de usuarias evidencia un nivel de conocimientos medio En relación al conocimiento acerca de las técnicas de detección de cáncer de mama se evidencio que sólo un pequeño porcentaje mostró un nivel de conocimientos alto, posicionando a la mayoría con un nivel medio de conocimientos. (24)

En el 2009, en la Habana, se publican los resultados de la investigación relacionada con el nivel de conocimiento de la población acerca del autoexamen mamario arrojando lo siguiente:

La mayoría de las mujeres tiene conocimientos del autoexamen mamario, pero no con la técnica correcta.

La principal vía de aprendizaje fue los medios de difusión masiva.

---

La frecuencia con que realizan el autoexamen no es la adecuada, pues la mayoría lo realiza ante algún síntoma y no tiene en cuenta el ciclo. (25)

En el 2012 se realiza otro estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama reportando que el 54% de la muestra realiza prácticas inadecuadas, por lo que las intervenciones realizadas por las mujeres para el cuidado de su salud no constituyen un factor protector para la prevención de cáncer de mama.

Existe alta asociación de la variable conocimientos y prácticas; aplicando métodos estadísticos X<sup>2</sup>. Además de ello, se encontró una alta fuerza de asociación entre las variables conocimientos y prácticas con un de OR: 8.07 lo que indica que a mayores conocimientos, mayores prácticas de prevención de cáncer de mamas. (26).

En Venezuela 2012, se realiza un estudio descriptivo transversal para saber cuáles eran los conocimientos de los factores de riesgo sobre el cáncer de mama encontrando que el conocimiento acerca de los factores de riesgo para el cáncer de mama fue muy pobre. No conocen el procedimiento para efectuarse el autoexamen de mama; sin embargo, refieren que su examen sirve para prevenir el cáncer mamario. Acuden a consulta solo cuando tienen algún síntoma, a pesar de que nunca realizan un control médico. (27)

En México, 2012, el Dr. Yépez publica los resultados sobre la autoexploración mamaria ; conocimiento y perspectiva en mujeres encontrando que el 82% tiene los conocimientos básicos sobre la autoexploración de mama, sin embargo solo el 47% se realiza la autoexploración de manera periódica, y solo una de cada cuatro practica la técnica correcta. siendo ,indicación médica los motivos por las que se realizan, de las pacientes que no la realizan un 50% fue por desidia y flojera y 5% por temor a detectarse cáncer, por lo que demuestra la necesidad de conocimiento que tiene la población sobre esta técnica. (28)

## JUSTIFICACIÓN

La evidencia reciente demuestra que el cáncer de mama actualmente es una de las principales causas de muerte en las mujeres de países en vías de desarrollo. México revela que desde 2006 esta afección ocupa la primera causa de mortalidad en mujeres de 30 a 54 años de edad y amenaza a todos los grupos socioeconómicos; sin embargo, el diagnóstico y la detección temprana incrementa la supervivencia, no obstante, como país e institución de salud afrontamos las carencias de recursos que limitan la capacidad para detectar en forma temprana esta enfermedad.



---

El autoexamen de mama es un método simple y de bajo costo, que es necesario promover en el grupo de mujeres en edad reproductiva ya que hasta el momento no se ha repercutido en el diagnóstico oportuno, debido a diversas causas, entre las que destaca el conocimiento de la técnica.

Si bien, no es un procedimiento que reduzca la mortalidad, pero su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y el autoexamen mamario así como las actitudes, y la práctica del autoexamen de mama en las mujeres de 20 a 59 años derechohabientes de la UMF 66?

## **HIPÓTESIS**

El nivel de conocimientos sobre el cáncer de mama y del autoexamen es bajo, la actitud inadecuada se relaciona con la baja práctica del autoexamen de mama.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

Relacionar el grado de conocimiento sobre el cáncer de mama, el autoexamen de mama, las actitudes y la práctica en mujeres de 20 a 59 años que son derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar numero 66, en el periodo de enero a diciembre del 2014.



---

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características socio demográficas de la mujeres derechohabientes de la UMF número 66 seleccionadas para el estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres derechohabientes de 20 a 59 años de edad acerca de la práctica del autoexamen mamario.
- Identificar el grado de conocimientos acerca del cáncer de mama.
- Identificar las actitudes ante la autoexploración de mama
- Determinar la práctica y la frecuencia del autoexamen de mama.

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TIPO DE DISEÑO:

Estudio transversal analítico, prolectivo

### LUGAR:

Unidad de Medicina Familiar Número 66, Xalapa Veracruz.

### TIEMPO:

Se realizará en el periodo de febrero del 2013 a enero del 2015.

### POBLACIÓN:

Mujeres de 20 a 49 años que sean derechohabientes de la UMF número 66.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estimó un tamaño mínimo de muestra esperando encontrar una frecuencia de práctica de autoexamen del 50% con una confianza del 95% y una precisión de 0.05. lo que da un tamaño de muestra de 384 pacientes.

### TIPO DE MUESTRA:

Para el presente estudio se encuestaran de manera aleatoria simple, una mujer si y una no de acuerdo a su llegada a la UMF 66 que cumplan con los criterios de inclusión.

---

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres con un rango de edad entre los 20 y 59 años de edad, que sean derechohabientes a la UMF 66.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres que asistan a la UMF 66 en el periodo de enero a diciembre del 2014.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres que hayan padecido o padezcan Cáncer de mama.
- Mujeres que presente alguna discapacidad que no les permita responder a la encuesta.
- Mujeres que acudan por primera vez a la institución.

## PROGRAMA DE TRABAJO

Previa estandarización de criterios en la encuesta, se procederá a realizar prueba piloto, a continuación se estimará un tamaño mínimo de muestra esperando encontrar una frecuencia de práctica de autoexamen del 50% con una confianza del 95% y una precisión de 0.05. lo que da un tamaño de muestra de 384 pacientes.

Se encuestará bajo consentimiento informado a las mujeres derechohabientes de la UMF 66 que cumplan con los criterios de inclusión de manera aleatoria simple (una sí y una no). Se abordarán en las diferentes salas de espera de la UMF 66 prefiriendo las hora pico de estancia.

La técnica empleada para la recolección de la información será a partir de una encuesta previamente validada por expertos de la Universidad del Perú- 2011) sobre el Cáncer de mama y una encuesta previamente validada por el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010 sobre la autoexploración mamaria.

---

A continuación se procederá a recolectar y conjuntar la información obtenida en una base de datos y/o paquete estadístico (Excel, Epiinfo)

En esta información se incluirán las siguientes secciones: datos de identificación de todos los elementos de la muestra, características sociodemográficas, conocimiento sobre el cáncer de mama incluyendo aspectos de definición, prevención, factores de riesgo y sobre la técnica del autoexamen mamario.

Para determinar el nivel de conocimientos sobre cáncer de mama en las usuarias de 20 a 59 años, se obtendrá tablas de distribución de frecuencia según las dimensiones de dichas variables, clasificando el nivel de conocimientos según la escala de Estanino en niveles: Bajo Medio y Alto.

Para valorar el conocimiento acerca del Autoexamen de mama se realizaron preguntas sobre aspectos básicos, de las cuales se valoraron como: Nivel Bueno las que tenían de 59 a 86 proposiciones correctas, Regular de 30 a 58 correctas y Malo las que tenían menos de 29 proposiciones correctas. (Anexo 2).

Las actitudes se midieron mediante la escala de Likert de la siguiente manera: (Anexo 2)

- Totalmente de acuerdo (TA)
- De acuerdo (A)
- Indeciso (I)
- Desacuerdo (D)
- Totalmente en desacuerdo (TD)

Para la medición de la práctica se realizaron preguntas sobre práctica de Autoexamen de Mama, incluyendo la frecuencia de realización; a la vez, se realizó una guía de observación del acto previo, durante e inmediatamente después del autoexamen de mamas, en el cual, las usuarias entrevistadas reprodujeron exactamente cómo realizan el autoexamen de mamas. (Anexo 2).

Para valorar esta guía de observación, se tomó en cuenta tres ítems:

a) Inspección previa (frente al espejo)

Se tomarán en cuenta 3 pasos para su valoración:

- Inspección parada con los brazos sueltos.
- Inspección parada con las manos en la cintura e inclinación hacia adelante.
- Inspección parada con los brazos arriba.

*Valoración del Investigador*

- Bueno: realizó los 3 pasos.
- Regular: realizó 2 de los 3 pasos.
- Malo: realizó sólo 1 un paso o ninguno.

b) Palpación propiamente dicha.

Palpación total de la mama, pudiendo utilizar cualquiera de los 3 métodos que existen:

- Movimiento circular alrededor de la mama.

- 
- Movimiento vertical de arriba hacia abajo.
  - Presión de afuera hacia adentro.

Palpación de areola y pezón y descartar una posible exudación del pezón.

Palpación del área cercana a la axila.

*Valoración del Investigador*

- Bueno: realizó los 3 pasos.
- Regular: realizó 2 de los 3 pasos.
- Malo: realizó sólo 1 un paso o ninguno.

c) Técnica utilizada por la persona.

*Valoración del Investigador*

- Adecuada: si realiza la palpación con la yema de los 3 dedos medios utilizando cualquiera de los 3 métodos que existen.
- Inadecuada: cuando lo realiza de otra forma.

Para realizar los cálculos y el análisis estadístico se obtendrán proporciones y se aplicará la prueba estadística de Chi cuadrada. Para realizar la comparación entre las mujeres que tienen conocimiento bueno y malo con las mujeres que tienen práctica adecuada y practica inadecuada se calculará razón de momios.

Los resultados serán analizados presentados en tablas, cuadros y gráficos



## VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Encuesta	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	Encuesta		Razón
Ocupación	Trabajo o actividad que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.	Encuesta	Ama de casa , Estudiante Trabajadora dependiente Trabajo independiente	Nominal
Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo, tomando como base un promedio de edad determinada	Encuesta	Primaria Secundaria Media superior Licenciatura Posgrado	Ordinal
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que respecta a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Encuesta	Soltera, casada, unión libre divorciada, viuda	nominal
conocimiento	Conjunto de datos e ideas que se conocen acerca de algo, especialmente de una materia o ciencia	Encuesta	Bajo, medio, alto	ordinal
Definición del cáncer de mama	Crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse Cáncer de mama presencia de tumores malignos en la mama. Los tumores malignos de la mama pueden invadir otros órganos. Una mujer gestante puede sufrir de cáncer de mama. Cáncer de mama afecta sólo a mujeres El cáncer de mama es curable si se detecta tempranamente	Encuesta	Correcto (SI) Incorrecto (NO)	Nominal
Sobre signos y síntomas del cáncer de mama.	Conjunto de manifestaciones objetivas del cáncer de mama que pueden ser observadas o percibidas por la persona. Secreción serosanguinolenta por el pezón. Dolor en una o ambas mamas Diferencias de tamaño y forma de ambas mamas	Encuesta	Correcto (SI) Incorrecto (NO)	Nominal

	Presencia de tumores (bultos) en la mama, axila y/o alrededor del cuello. Retracción de la piel de la mama y/o pezón Presencia de heridas en el pezón y/o mama Enrojecimiento y endurecimiento de la mama			
Sobre factores de riesgo para cáncer de mama.	Conocimiento sobre las circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de padecer cáncer de mama. (Herencia, hábitos Nocivos, sedentarismo paridad, menarca, raza, uso de Hormonas, grupo Etéreo)	Encuesta	Correcto (SI) Incorrecto (NO)	Nominal
Prevención del cáncer de mama	Conocimiento de las medidas de prevención de acuerdo a inicio, frecuencia, técnica a realizar y exámenes auxiliares. (Autoexamen, examen clínico, mamografía, ecografía)	Encuesta	Correcto (SI) Incorrecto (NO)	Nominal
Autoexamen de mama	Conocimientos acerca del procedimiento a seguir en la técnica de autoexamen de mamas	Encuesta	Correcto (SI) Incorrecto (NO)	Nominal
Que mujeres deben realizarse el autoexamen de mama	La edad que se recomienda iniciar el autoexamen de mama es a los 20 años, porque en esa época de la vida el cáncer empieza a tener estadísticas significativas	Encuesta	SI NO NO SABE	Nominal
Conocimiento sobre el momento adecuado para la realización del examen mamario	Se debe realizar de 7 a 10 días después de la menstruación, momento en el cual el tamaño de la mama es mínimo y su nodularidad cíclica es menor. Las mujeres menopáusicas elegirán un día determinado y fijo por mes.	Encuesta	SI NO NO SABE	Nominal
Periodicidad para realizar el autoexamen de mama	Se debe realizar sistemáticamente una vez por mes con el objetivo de familiarizarse con sus senos y poder notar cambios que pudiesen presentarse entre un mes y otro y de preferencia hacerlo en los días intermedios del ciclo menstrual.	Encuesta	SI NO NO SABE	Nominal
Porqué es necesario el autoexamen de mama	El auto examen de mama detecta el 35% de los cánceres de mama y se estima que reduce la mortalidad por cáncer de mama en aproximadamente un 25%.	Encuesta	SI NO NO SABE	Nominal
Influencia del personal de salud	Proceso en el que se recoge todos aquellos procesos en los que una persona intenta influir	Encuesta	SI NO	Nominal



	en los comportamientos y actitudes de otros. Esta incluye la persuasión, la conformidad social, la aceptación y la obediencia social.		NO SABE	
Actitudes	Organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.	Encuesta	Escala de Likert: - Totalmente de acuerdo (TA) - De acuerdo (A) - Indeciso (I) - Desacuerdo (D) - Totalmente en desacuerdo (TD)	Nominal
Práctica	Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos	Encuesta	Bueno Malo Regular	Nominal

## **RECURSOS:**

### **1. HUMANOS:**

- Investigador principal: Residente en Epidemiología Yaren Olivia Santos Cruz.
- Asesor metodológico:
  - ✓ Dra. María del Pilar Mata Miranda.
  - ✓ Dra. Rocío Rosado León
- Asesor estadístico:

### **2. FÍSICOS:**

- Área física: se hará uso de las salas de espera en la Unidad de Medicina Familiar Número 66 para la realización de las encuestas.
- Formatos de recolección de la información: Copias de encuestas.
- Papelería: Computadora personal, hojas y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices.

### **3. FINANCIEROS:**

Serán proporcionados por el investigador principal.

### **ÉTICA:**

En base al Reglamento general de salud en materia de investigación para la salud, de acuerdo a su Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" . Artículo 17 fracción I este trabajo se considera un estudio de bajo riesgo, ya que se realizará la recolección de información a través de una encuesta al paciente o familiar según lo requiera. Los datos de la encuesta serán manejados de manera confidencial, usando folios de identificación. Se solicitará carta de consentimiento informado previo al inicio de la encuesta.

## CRONOGRAMA DE TRABAJO

DE ABRIL-2013 A DICIEMBRE 2014

ACTIVIDAD	ABR- MAY	JUN- JUL	AGO- SEP	OCT- NOV	DIC- ENE	FEB- MAR	ABR- MAY	JUN- JUL	AGO- SEP	OCT- NOV	DIC- ENE
ELABORACION DE PROTOCOLO	X	X	X	X	x						
AUTORIZACION DE COMITÉ						X					
BUSQUEDA DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ESTUDIO DE CAMPO O PRUEBA PILOTO						X					
RECOLECCIÓN DE INFORMACION						X	X	X	X		
ANALISIS DE RESULTADOS									X	X	
CONCLUSIONES										X	
REDACCIÓN DEL ESCRITO											X
PRESENTACIÓN											X 2014

---

## Bibliografía

1. Mandal A. Historia del Cancer de Seno. Saved from URL: [http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-(Spanish).aspx) .
2. Cotlar M, Alvon D, Rose D, Current M. Cancer.. Surgey. 2003; 60.
3. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el segundo y tercer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010 México DF.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. 2011.
5. Cárdenas Sanchez J, Bargallé Rocha E, Erazo valle A, Maafs molina E, Poitevin Chacon A. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del Cáncer mamario. Quinta Revisión. 2013 Disponible <http://consensocancermamario.com>.
6. Gonzalez Ortega SM, Morales Wong MM, López Cuevas Z, Dias Valdez M. Factores pronosticos del cáncer de mama. Rec cubana Cir. 2011; 50(1): p. 143-152.
7. Romero Figueroa MS, Santillan Arreygue L, Olvera Hernández PC, Morales Sanchez MA, ramírez Mendiola V. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(11): p. 667-72.
8. Aguilar Cordero M, Neri Sanchez M, Padilla López CA, Pimentel Ramírez ML, Garcia Rillo A, Sacher López AM. Factores de riesgo como Pronóstico de padecer cáncer de mama en el Estado de México. Nutr Hosp. 2012; 27(5): p. 1631-36.
9. Guía de práctica Clínica. Prevención, Tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2012.
10. Coronado GD, Beasley J, Livaudais J. Alcohol consumption and the risk of breast cancer. Salud Publica Mex. 2011; 53: p. 440-47.
11. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama. Prevención y control. Disponible en [;\(http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html\)](http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html).
12. Gutierrez Deladillo A, Gutierrez Flores F, Gutierrez Choque JC, Guzman Delgadillo F, Santander López A. Conocimiento, actitud y práctica del autoexamen mamario en mujeres estudiantes de

- 
- medicina de la Universidad Mayor de San Simon 2011. Rev Cient Ciens Med. 2012; 15(2): p. 22-25.
13. Yépez Ramírez D, De la Rosa AG, Guerrero Albarrán C, Gómez Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20(2): p. 79-84.
  14. Castro Abreu I, Rizo Montero Y. Nivel de conocimiento de la población femenina del consultorio 6 sobre autoexamen de mama. Rev Habanera Ciencias medicas. 2009; 8(5): p. 121-130.
  15. Griffin JL, Pearlman MD. Detección de cáncer de mama en mujeres con riesgo promedio alto. Ostet Gynecol. 2010; 116: p. 1410-21.
  16. Lara Tmburrino AL, Olmedo Zorrilla. Detección temprana y diagnóstico de cáncer mamario. Revista de la facultad de Medicina de la UNAM. 2011 enero-febrero; 54(1): p. 4-17.
  17. Sanchez R, Emil Schneider B, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama: modalidades terapéuticas y marcadores tumorales. Cuad Cir. 2008 22;; p. 55-63.
  18. Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2013 octubre; disponible en.
  19. Organización Mundial de la Salud OMS: 2012. Octubre, mes de la sensibilización sobre el cáncer de mama. 2013 octubre; Disponible en [http://www.who.int/cancer/events/breast\\_cancer\\_month/es/](http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/).
  20. Queretaro, 29° en cáncer de mama. código informativo. 2013 octubre ; Disponible en <http://codiceinformativo.com/?p=78210>.
  21. Base de datos de defunciones generales 1979-2008. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx>.
  22. Tasa de mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa. Instituto Nacional de Estadística, Geografía y estadística INEGI. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>.
  23. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) Veracruz. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
  24. Jara Rojas A, Peña Romero SK, Zagaceta Guevara M. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del centro de Salud de San Sebastian Lima Perú; 2011.

- 
25. Castro Abreu I RMY. Nivel de conocimiento de la población femenina del consultorio 6 sobre el autoexamen de mama. Revista Habanera de Ciencias Medicas. 2009 Aug; 5(121-130).
  26. Vivas Sanchez VM, Torrez Pedraza M, Esguerra Gonzalez LL, Torres Silva CA, Mojica Torres IV, Mendoza Jaimes KC, et all. Conocimientos, actitudes y practicas de prevención del Cáncer de mama. Revista Ciencia y Cuidado. 2012; 9(2): p. 43-51.
  27. Rodríguez Gonzalez J, Rodriguez Gonzalez A, Triana Torres a, Mendoza Taño R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en puerto la Cruz, Estado Anzoategui Venezuela. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2012; 12(5): p. 673-83.
  28. Yépez Ramírez D, De la Rosa AG, Guerrero Albarran C, Gómez Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20(2): p. 79-84.

---

## ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Conocimiento sobre el cáncer de mama y técnica de autoexamen y actitudes y su asociación con la práctica en mujeres derechohabientes a la UMF 66.

Patrocinador externo (si aplica):

UMF 66 Xalapa, Veracruz Enero –Diciembre 2014

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres en edad reproductiva por lo que relacionar el grado de conocimiento sobre el cáncer de mama, el autoexamen de mama, las actitudes con la práctica en mujeres de 20 a 49 años aportará conocimientos importantes en el tema

Procedimientos:

Aplicación de cédulas de conocimiento de cáncer de mama, conocimiento de autoexamen y de actitudes y practica del autoexamen de mama

Posibles riesgos y molestias:

Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se generará información relacionada con la práctica del autoexamen de mama y su relación con el grado de conocimientos del cáncer de mama, autoexamen y actitudes en derechohabiente a la UMF 66

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Puede retirarse del estudio en el momento que lo decida

Privacidad y confidencialidad:

Se mantendrá total hermetismo de los resultados recabados y discreción del individuo

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. María del Pilar Mata Miranda maria.matami@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dra. Rocio Rosado León rocio.rosado@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



## ANEXO 2

### ENCUESTA

La presente encuesta pretende valorar cual es la relación entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y el autoexamen mamario, así como las actitudes con la práctica del autoexamen en las mujeres derechohabientes de la UMF 66.

Su participación será voluntaria y su información será utilizada solamente para fines de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

#### DATOS PERSONALES:

Número de Afiliación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Grado de estudio: analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) media superior ( ) Licenciatura ( )  
posgrado ( ) Ocupación: Ama de casa ( ) Estudiante ( ) Trabajadora dependiente( ) Trabajo  
independiente ( ) Estado Civil: Soltera ( ) Casada ( ) Unión libre ( ) Divorciada ( ) Viuda ( ).

#### *I Conocimiento sobre el cáncer de mama*

1.- ¿Qué conoce sobre el cáncer de mama? Responda al enunciado correcto SI y al incorrecto NO según usted crea conveniente marcando con una (X) luego de cada enunciado

ENUNCIADO	SI	NO
El cáncer de mama es la presencia de tumores malignos en la mama.		
El cáncer de mama afecta solo a mujeres.		
Una mujer gestante (embarazada) puede sufrir cáncer de mama.		
Los tumores malignos de la mama pueden invadir otros órganos.		
Los tumores benignos son característicos del cáncer de mama.		
El cáncer de mama es curable si se detecta tempranamente.		

2.- ¿Cuáles son los signos y síntomas que Usted conoce acerca del cáncer de mama? Coloque una (X) en los recuadros según crea usted conveniente:

ENUNCIADO	SI	NO
Piel hundida de la mama o pezón		
Diferencias de tamaño y forma de ambas mamas.		
Enrojecimiento y endurecimiento de la mama.		
Mamas y pezón con heridas.		
Secreción de sangre o pus por el pezón		
Presencia de tumores (bultos) en la mama, axila y/o alrededor del cuello		

3.-¿Cuál de las siguientes situaciones aumenta el riesgo de cáncer de mama? Responda con una (X) al enunciado correcto SI y al incorrecto NO según usted crea conveniente.

ENUNCIADO	SI	NO
Tener familiares por parte de madre que han sufrido cáncer de mama.		
Beber alcohol y/o fumar en forma habitual.		
Ser obesas y realizar poca actividad física.		
Tener muchos hijos.		
Presentar la primera menstruación antes de los 12 años.		
Ser una mujer menos de 30 años.		
Usar hormonas frecuentemente.		

4.- Con respecto a las técnicas de detección del cáncer de mama coloque una (X) en los recuadros según usted crea conveniente.

ENUNCIADO	SI	NO
El autoexamen de mamas es realizado por la mimma mujer.		
El ultrasonido es útil para el estudio de la mama en mujeres menores de 35 años.		
El autoexamen de las mamas se realiza mensualmente a partir de la aparición de la primera menstruación.		
La mastografía debe realizarse anualmente en toda mujer mayor de 40 años.		
El autoexamen de mamas puede realizarse en cualquier momento que la mujer lo desee.		
La mujer mayor de 30 años debe acudir al médico o enfermera para su examen de mama de manera anual.		
La tomografía es un método para detectar el cáncer de mama		
Las mujeres que usan hormonas deben realizarse mamografía		

5.- ¿Conoce cómo se realiza el autoexamen de mama? Existen ciertos pasos a seguir. De acuerdo a estos, coloque una (X) en los recuadros según corresponda.

ENUNCIADO	SI	NO
Observar frente al espejo las características de la mama y el pezón		
Las mamas se pueden observar con los brazos caídos, manos en la cintura o detrás de la cabeza.		
Palpar sus manos con la yema de los dedos en forma circular para buscar la presencia de tumores (bultos).		
Examinar y palpar las mamas por encima de la ropa interior		
Colocar un brazo detrás de la nuca y con el otro revisar la mama opuesta, axila y luego cuello.		
Presionar el pezón para comprobar si sale alguna secreción		

---

---

## **II Conocimientos sobre el autoexamen de mama**

1.- Conocimiento que tiene sobre el autoexamen de mama: Concepto

<b>ENUNCIADO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO SE</b>
Examen que se debe realizar toda mujer periódicamente.			
Examen para detectar masas (tumores) o algo anormal.			
Sólo se lo deben realizar mujeres en edad fértil.			
Se realiza mensualmente.			
Se realiza 8 días después de la menstruación.			
Es un examen necesario			
Es bueno para evitar el cáncer.			
Se lo hace la mujer con las manos para tratar de encontrar bolitas			

2.- Influencia del personal de salud

<b>ENUNCIADO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO SE</b>
Si influyen positivamente			
Si lo recomiendan			
Dan charlas al respecto			
No orientan por falta de tiempo.			
Muy poco a veces no les interesa.			
Deberían difundir la información.			

3.- ¿Para qué se realiza el autoexamen de mama?

<b>ENUNCIADO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO SE</b>
Para buscar alguna patología			
Para detectar nódulos, secreciones por el pezón y retracción de la piel.			
Para detectar cáncer			
Para detectar tempranamente patologías			
Para estar seguras de estar sanas.			
Para prevenir muertes por cáncer de mama			

4.- ¿Quiénes se deben realizar el autoexamen de mama?

<b>ENUNCIADO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO SE</b>
Todas las mujeres			
Sólo mujeres en edad fértil			
Mujeres y hombres			
Todas las mujeres a partir de los 20 años			
Mujeres mayores de 35 años			

Sólo mujeres con vida sexual activa			
Toda mujer posmenopáusica			
Sólo las madres después de tener un hijo.			

5.- ¿En qué momento se debe realizar el autoexamen de mama?

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
Una vez al mes después de la menstruación.			
Cada 3 meses.			
En cualquier momento cada 6 meses			
Una vez al año			
Diario			
8 días después de la menstruación.			
En el baño			
Acostada en la cama			
Cuando siento molestias en la mama			
Cuando sienta dolor.			

6.- Razones y beneficios para efectuarla

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
Para detectar cáncer tempranamente			
Para conocer tu cuerpo.			
Para saber si están bien			
Saber si tiene la enfermedad			

7.- Razones por las que no se realizan el autoexamen de mama.

ENUNCIADO	SI	NO	NO SE
Por temor a tener algo anormal			
Porque no saben cómo realizarlo			
No le toman importancia.			
Por miedo y vergüenza			
Porque piensan que es morboso			
Falta de costumbre y actitud			
Por pereza			
Por olvido			
Factor cultural			
Por miedo a que la pareja la abandone			
Porque el personal de salud no orienta			
Por bajos recursos y educación			
Despreocupación			
Por falta de tiempo			

## ACTITUDES ANTE EL AUTOEXAMEN DE MAMA

Las siguientes afirmaciones están referidas al autoexamen de mama, lea cada una y marque con una (X) su respuesta en la columna respectiva. NO existe respuesta buena o mala. La mejor respuesta es la que proporcione con espontaneidad para alcanzar el objetivo de este estudio. Marque según su grado de acuerdo con las siguientes proposiciones: **TA**: totalmente de acuerdo, **A** : de acuerdo, **I**: indeciso, **DS** desacuerdo, **TDS**: Totalmente en desacuerdo.

PROPOSICIÓN	TA	A	I	DS	TDS
Es bueno realizarlo					
Yo me realizo el autoexamen de mama para protegerme de enfermedades					
Me da vergüenza realizarlo					
El autoexamen de mama me da muchos beneficios					
Mi madre influye en la realización del examen					
Mi pareja influye en la realización del examen					
Mis amigas influyen en la realización del examen					
El personal de salud influye en la realización del examen					
Me preocupa la aparición de tumores (bultos)					
Es un pecado realizarlo					
Debo acudir al médico cuando encuentre algo anormal					
La religión influye en la decisión de realizar el examen					
El grado de escolaridad influye en la realización del examen					
El examen me ayuda a detectar enfermedades malignas y benignas					
Puedo acudir a un curandero para que me de masajes y remedios para curarme					
Me da miedo realizarme el examen por lo que puedo encontrar					
Me duele al realizarlo					
A mi esposo no le gusta que me toque mis senos					
No tengo tiempo para realizarlo					
Me da pereza					
No me lo realizo porque no tengo nada, no me va a salir nada					
Se me olvida					
No creo que sea importante					
El personal de salud no me ha explicado sobre esto					
No tengo dinero para realizarlo					

