



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología
División de Estudios de Posgrado e Investigación

**“FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TÉCNICAS DE
AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE 20 A 45
AÑOS DE LA UMF 27 DE TIJUANA, B.C.”**

Tesis para obtener el Título de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:
Verónica Elizabeth Gómez Sánchez

Asesor temático y metodológico:
Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta

Director de tesis: Grego Orlando Salinas Merlos

Tijuana, Baja California; Julio 2019

INDICE

I. Identificación de los autores.....	3
II. Resumen.....	4
III. Marco teórico.....	5
IV. Antecedentes.....	9
V. Justificación.....	12
VI. Planteamiento del problema.....	13
VII. Objetivos.....	14
VIII. Hipótesis.....	15
IX. Material y métodos.....	16
9.1 Características del estudio.....	16
9.2 Diseño y tipo de estudio.....	16
9.3 Universo de trabajo.....	16
9.3.1 Criterios de selección.....	17
9.3.2 Tamaño de la muestra.....	17
9.3.3 Tipo de muestreo.....	18
9.3.4 Descripción general del estudio.....	19
9.3.5 Análisis estadístico.....	20
9.3.6 Operacionalización de las variables.....	21
X. Aspectos éticos.....	23
XI. Recursos humanos, físicos, financiamiento y factibilidad.....	24
11.1 Recursos humanos.....	24
11.2 Recursos físicos y financieros.....	24
XII. Resultados.....	25
XIII. Discusión.....	31
XIV. Conclusiones.....	33
XV. Fortalezas.....	34
XVI. Limitantes.....	34
XVII. Cronograma de actividades.....	35
XVIII. Bibliografía.....	36
XIX. Anexos.....	40
Anexo 1. Consentimiento informado.....	40
Anexo 2. Carta de autorización.....	42
Anexo 3. Escala para nivel de conocimiento sobre técnica de AEM.....	43
Anexo 4. Subescala de autoefectividad percibida.....	46
Anexo 5. Hoja de recolección de datos.....	47
Anexo 6. Tríptico.....	48

I. IDENTIFICACION DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. Verónica Elizabeth Gómez Sánchez. Médico Residente de 3er Grado en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar #27, Delegación Tijuana, B.C. IMSS. Celular: (664) 628-11-02, Correo Electrónico: nicags_88@hotmail.com. Dirección: Boulevard Gustavo Díaz Ordaz 1665, Huertas 5ta Sección, 22127 Tijuana, B.C.

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Grego Orlando Salinas Merlos

Médico especialista en Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta. Médico especialista en Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Tijuana, B.C. IMSS. Matricula 99266582. Teléfono celular: (664)1305166, correo electrónico: jesus.gasteluma@imss.gob.mx, dr.robertgastelum@gmail.com, dirección: Boulevard Gustavo Díaz Ordaz 1665, Huertas 5ta Sección, 22127 Tijuana, B.C.

INVESTIGADOR COLABORADOR:

Dra. Cristina Yadira Gómez Sánchez. Médico General con Maestría en Salud Pública, Cédula Profesional 11488592. Teléfono celular: (664) 1657042, correo electrónico: cristina_gomez82@hotmail.com.

II. RESUMEN

“FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TÉCNICAS DE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE 20 A 45 AÑOS DE LA UMF 27 DE TIJUANA, B.C.”

Gómez-Sánchez VE, Gastélum-Acosta JR, Gómez-Sánchez CY

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama (CM) es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos mamarios con capacidad de diseminarse; En nuestro país el CM es la neoplasia maligna invasora más común y causa más frecuente de muerte por enfermedad maligna en la mujer, contribuyendo con un 15-20% de la mortalidad por cáncer. La Autoexploración Mamaria (AEM) es una técnica de detección del CM basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas. El conocimiento de las mujeres sobre la AEM de las mamas es variable y a veces incorrecto, y su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano. **OBJETIVO GENERAL:** Identificar los factores asociados al nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria en mujeres entre 20 y 45 años de edad, derechohabientes de la UMF No.27. En el periodo de junio a noviembre del 2018. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, analítico, prospectivo, tipo encuesta en la UMF N°27, Tijuana, B.C. Se incluyeron a 179 pacientes de acuerdo a un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se les aplicó una encuesta. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se analizaron los resultados para establecer la asociación entre las variables, y se determinó la significancia estadística con χ^2 cuadrada para las variables cualitativas, con un poder de 80% e intervalos de confianza al 95%. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa. En el periodo de Junio a Noviembre 2018. **RESULTADOS:** La AEM se presentó en 121 mujeres (67.6%). La calidad de la técnica fue inadecuada en 148 pacientes (82.7%) y adecuada solo en 31 mujeres. El nivel de conocimiento fue alto en 113 pacientes (63.1%) y baja en 66. La autoefectividad se reportó alta en 65 mujeres (36.3%), media en 103 (57.6%) y el resto como baja. El grupo de edad que predominó un nivel bajo de conocimiento de la AEM fue el de 41- 45 años. De todos los factores asociados al nivel de conocimiento sobre la técnica de AEM, la ocupación fue el único con significancia estadística (.017) con una razón de momios de 2.168 (IC 1.143 – 4.116). **CONCLUSIONES:** La variable más significativa fue ocupación, y el mayor conocimiento se encuentra dentro de la escolaridad básica, posiblemente a que este grupo de mujeres visita con mayor frecuencia la unidad médica, donde se refuerzan medidas de prevención primaria en cada visita, ya que un alto porcentaje obtiene su conocimiento del personal de salud, sin embargo, la calidad de la técnica sigue siendo mala, por lo que se determina que nuestro objetivo más que mejorar el conocimiento de la técnica, es mejorar la calidad y la autoefectividad, pues nuestra población tiene percepción y practica el AEM, pero lo realiza de una forma inadecuada. Se deberán entonces de promover campañas de educación, donde se enseñe a las mujeres como llevar a cabo la autoexploración correctamente, las cuales podrían desarrollarse en salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar, para incluir a todas aquellas mujeres que acudan como acompañante de un paciente, y en sus áreas de trabajo, si el horario laboral no les permite visitar con tanta frecuencia las unidades médicas.

PALABRAS CLAVE: Nivel de conocimientos, cáncer de mama, autoexploración mamaria.

III. MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama (CM) es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse.¹ El cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo. En 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos anuales son los siguientes: Pulmonar, Hepático, Colorrectal, Gástrico y Mamario.²

En la actualidad, el CM es el tipo de cáncer más frecuente en la mujer, tanto en los países desarrollados, como en los denominados en vías de desarrollo; se estiman en 1,38 millones los casos nuevos que se diagnosticaron en todo el mundo en el año 2008.³

En nuestro país actualmente el carcinoma mamario es la neoplasia maligna invasora más común y es la causa más frecuente de muerte por enfermedad maligna en la mujer, constituyendo el 20 a 25% de todos los casos de cáncer en la mujer y contribuyendo con un 15-20% de la mortalidad por cáncer.¹ En México, la tasa de incidencia en el año 2008 del cáncer de mama fue de 27,2 casos por cada 100.000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 10,1 por 100.000 habitantes.³

Un factor pronóstico es cualquier medición utilizable en el momento de la cirugía que se correlaciona con el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia global en ausencia de tratamiento adyuvante sistémico y como resultado es capaz de correlacionarse con los antecedentes de la enfermedad. En contraste, un factor predictivo es cualquier medición asociada con la respuesta a un tratamiento dado. El tiempo de evolución, la paridad, la obesidad, la localización del tumor, el tratamiento de reemplazo hormonal, la presencia de ganglios axilares clínicamente y por último la clasificación tumor-nódulo-metástasis (TNM).⁴

En la aparición del CM existen factores que, por sí solos, tienen una mayor relevancia a la hora de padecer esta enfermedad, como son los antecedentes familiares. Otros factores que

favorecen el desarrollo de esta neoplasia son la obesidad y no haber dado lactancia materna. También se ha comprobado que el riesgo de padecerla se incrementa con la edad y a partir de la cuarta década de vida. La probabilidad de desarrollar cáncer invasor en los siguientes 10 años es del 0,4% para las mujeres entre 30 y 39 años; del 1,5% para las mujeres entre 40 y 49 años; del 2,8% para las mujeres entre 50 y 59 años y del 3.6% para las mujeres entre 60 y 69,5 años de edad.³

La menarquía a edades tempranas (menos de 12 años) se ha vinculado con un incremento del riesgo de padecer CM, de entre un 10 y un 20%, en comparación con las mujeres cuya primera menstruación la tuvieron después de los 14 años. La nuliparidad también se ha relacionado con un mayor riesgo. El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de todas las causas de morbi-mortalidad y sobre todo de mortalidad por cáncer.³

También se ha relacionado como factor de riesgo de esta enfermedad el tamaño de la mama, sobre todo la mama grande hiperplásica. La edad temprana de la madre en el primer embarazo y la paridad, así como la lactancia materna, se han descrito como factores protectores.³

Las decisiones terapéuticas del CM se deben formular de acuerdo con la etapa clínica, reporte histopatológico, condiciones generales de salud de la paciente, su estado hormonal, considerando el respeto a sus derechos y su libre decisión, habiéndole informado de manera clara y adecuada a sus condiciones socioculturales y su estado emocional. Los métodos terapéuticos que en la actualidad se emplean para tratar el cáncer mamario son: Cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, biológicos. De ellos, la cirugía y la radioterapia tienen una acción local o locorregional; en la quimioterapia, la hormonoterapia y los tratamientos biológicos, la acción es sistémica.⁵

El objetivo de los programas de pesquisa a largo plazo debe ser diagnosticar CM en estadios precoces, sin embargo, resulta preocupante que la prevención primaria de esta malignidad continúe siendo difícil de lograr; por tanto, frente a las limitaciones de la prevención primaria, la prevención secundaria, con el diagnóstico en estadios iniciales es lo que permite lograr su curación y aumentar la sobrevida de las pacientes que lo padecen; para ello, se dispone de

tres herramientas principales: el autoexamen de mamas (AEM), la mamografía y el examen clínico.⁶

La AEM es una técnica de detección del cáncer mamario basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas, el cual se fundamenta en el hecho de que en un alto porcentaje son las mujeres quienes detectan los nódulos que indican una alteración mamaria; teniendo como propósito detectar el mayor número de mujeres con afecciones mamarias en estadios iniciales, lo que permite tratamientos menos invasivos, eleva los índices de supervivencia y mejora la calidad de vida de la mujer afectada. Otra de sus ventajas es que aparte de ser un método eficaz, sencillo e inocuo, no tiene un costo adicional; el cual debe realizarse periódicamente entre 7-10 días después del ciclo menstrual o en un día fijo mensualmente si se encuentra en etapa posmenopáusica.⁶

El creciente aumento de la información y difusión del CM en la población general ha motivado que la mujer consulte ante la presencia de cualquier situación nueva que detecte en sus glándulas mamarias, que no le sea normal. Sin embargo, son pocas las mujeres que interiorizan la importancia de su detección precoz, pues muchas de ellas ignoran que el AEM es una de las herramientas más eficaces para protegerse contra esta neoplasia; asimismo, se ha observado que el conocimiento real de las técnicas para explorar las mamas es bajo, existe poca periodicidad en su realización y se brinda poca promoción y educación por parte del personal de salud. Por otra parte, aunque el impacto mundial de la autoexploración mamaria muestra datos inconsistentes y no refleja disminución de la mortalidad, en México, por ejemplo, el 90% de los casos de cáncer de mama son detectados gracias a que la propia paciente detecta un abultamiento o nódulo, y en estos casos ya se trata de un estadio avanzado de la patología.⁶

El conocimiento de las mujeres sobre el tamizaje de las mamas es variable y a veces incorrecto, especialmente en aquellas con menor educación formal.⁷ La gran mayoría de las mujeres cuentan con un buen conocimiento e inadecuadas prácticas.⁸ En cuanto a la realización de una palpación adecuada de los senos, se encuentran asociados los factores: Haber terminado la secundaria, ser adulta joven, tener un solo hijo, realizar actividad física, contar con antecedente familiar de CM y tener conocimiento sobre esta enfermedad y haber aprendido

la técnica de AEM, en cuanto a su periodicidad mensual se relaciona: Laborar fuera de casa, el apoyo familiar, tener un solo hijo, realizar actividad física, aprender una técnica, tener conocimiento sobre cáncer de mama y consumir alcohol.⁹

Pocas mujeres se realizan la AEM y en las que sí lo hacen se encuentran inconsistencias en la frecuencia, oportunidad y ejecución de las maniobras que contempla el examen: inspección y palpación. Las principales razones por la cual no lo realizaban fueron la falta de conocimiento sobre cómo hacerlo y la falta de creencia en su necesidad. Por otra parte, su entorno cultural, las lleva a manifestar desconfianza en los prestadores de los servicios de salud, barrera que se agrega al pudor y miedo ante el médico, sobre todo para aceptar algunos procedimientos diagnósticos como la exploración de la mama.⁹

Si bien la AEM no es un procedimiento para reducir la mortalidad de CM, su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano sobre todo en aquellos centros de salud con escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente para realizar mamografías de forma rutinaria en la población.⁶

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el CM 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.¹⁰

Las prácticas de autocuidado son conductas aprendidas que pretenden regular y mantener la integridad de la estructura humana, el funcionamiento y su desarrollo. Estas a su vez se encuentran limitadas ante factores como el conocimiento, la motivación y habilidades personales. Por lo tanto, se debe considerar en las instituciones de salud el cumplimiento de sus funciones de promoción y prevención y no deben ser otras entidades como televisión, radio y prensa las responsables de educar la población en aspectos de salud.⁸

Por lo anterior, es preciso reforzar la educación en salud y motivar a las mujeres para que realicen oportuna y correctamente esta práctica.⁹

IV. ANTECEDENTES

Grunfeld et al. (2002) realizaron un estudio en mujeres británicas (n=1,830) y las mujeres de mayor edad tuvieron menos capacidad para identificar los síntomas de cáncer de mama, factores de riesgo asociado y factores personales para desarrollar la enfermedad.¹¹

Barcelos et al. (2003) realizó un estudio de conocimiento, actitud y practica (n=663) en un municipio de Brasil, y el conocimiento y prácticas de la autoexamen de mama de mujeres que acudieron a centros de salud fue adecuado en 7.4% y 16.7%, respectivamente, pero las actitudes fueron adecuadas en 95.9%. En el 58.1% la principal causa de no realizar el autoexamen de mamas fue por olvido.¹²

Okobia et al. (2006) encontró que las mujeres en una comunidad de Nigeria tuvieron bajo conocimiento del cáncer de mama y pocas practicaba autoexamen de mamas y examen clínico de mamas. Por otro lado, encontraron que la educación fue el principal determinante del nivel de conocimiento y conducta de salud entre las participantes (n=214).¹³

Dündar et al. (2006) en un estudio de corte transversal (n=244) en mujeres rurales de Turquía, observaron que un incremento en la práctica del autoexamen de mamas y las recomendaciones de mamografía se puede lograr a través de mejorar la conciencia sobre el cáncer de mama y la posibilidad de reducir sus barreras. Tres cuartas partes reportaron haber oído/leído sobre cáncer de mama, y la mayoría mencionó la televisión y el radio como su principales fuentes de información, solo una cuarta parte menciona a profesionales de la salud.¹⁴

Webster y Austoker (2006) concluyeron que el conocimiento de las mujeres de Reino Unido, sobre el tamizaje de las mamas (n=640) fue variable y a veces incorrecto, especialmente en aquellas con menor educación formal.⁹

Bonilla (2008) realizó un estudio CAP en Nicaragua, sobre el autoexamen de mama de mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, durante Diciembre del 2007 (n=100). El 62% tuvo un nivel de conocimiento regular y 83.8% tuvo una actitud favorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 70.3% de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mamas y el nivel de práctica que predominó fue el malo con un 40.6%.¹⁵

Simi et al. (2009) realizó un estudio en mujeres entre 25-54 años en Shiraz, Irán, y encontraron que casi la mitad no realizaban el autoexamen y la mitad de las que lo realizaban lo hacían incorrectamente. El nivel educativo no se relacionó con la realización del autoexamen de mamas, pero las principales razones por la cual no lo realizaban fueron la falta de conocimiento sobre cómo hacerlo y la falta de creencia en su necesidad.¹⁶

Gutiérrez et al. (2012) Este estudio de Bolivia, el cual se realizó en personas con un rango de edad entre los 17 y 26 años con una media de 21 años, concluyo que la mayoría de los encuestados (91%) afirmó conocer el autoexamen de mama y de éstas un 80% podía indicar una técnica para realizar el autoexamen, esto puede ser debido esencialmente a su área de estudio y nivel de educación, pero llama la atención que solo el 71% llega a realizar la práctica de este procedimiento.²

Sánchez et al. (2012) encontró en un estudio realizado en Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer) de la Ciudad de México de 56 pacientes femeninas de entre 29 y 85 años con diagnóstico de cáncer de mama, que la presencia de tumoración mamaria fue la causa principal por la cual buscaron atención médica, realizándose el diagnóstico en estadio I y II, en 63.1%; estadio III, 21%, y no clasificable, 15.8%, por lo que la promoción del autoexamen y el examen clínico de las mamas adquieren relevancia en la prevención y control del cáncer de mama en países como México, que no cuentan con la infraestructura suficiente para el tamizaje poblacional por mastografía.¹⁷

Sánchez et al. (2016) realizó un estudio en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela, en 48 mujeres, alfabetas y con edades entre 40 y 60 años, encontrando que de las 48 mujeres incluidas en el estudio, la

mayoría de ellas (64,6%) practicaban el autoexamen mamario (AEM). En cuanto a la frecuencia en la práctica del AEM, entre las mujeres que manifestaron realizarse la AEM, un 41,9 % lo hacen mensualmente mayoritariamente (48,4%) o en cualquier momento que se le ocurra (41,9%). Respecto con la técnica utilizada para la práctica de la AEM, se observó un predominio de mujeres que realizaban el examen de mama de pie (64,6 %); destacando que solo 6,4% de las encuestadas manifestaban hacerlo correctamente, examinando sus mamas tanto de pie como acostadas. Asimismo, la mayoría de estas incluían el examen de las axilas (54,8%) y la inspección del pezón y areola (67,7 %). En cuanto al conocimiento acerca de la AEM, los datos encontrados en el estudio efectuado demuestran que alrededor del 80 % de las pacientes poseían saberes relacionados con la utilidad del AEM, su técnica, frecuencia y el momento cuando hacerlo.⁶

Un estudio en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, concluyó que, dependiendo de la técnica de enseñanza, se logra que alrededor de 51 a 65% de las mujeres identifique al menos abultamientos en el seno de 0.5 a 1 cm. La proporción de mujeres capaces de identificar cambios en las mamas o por lo menos un abultamiento varía de 80 a 85% después de haber recibido alguna instrucción específica y con ello el diagnóstico se incrementa del 51 al 65%.¹⁸

La evidencia disponible indica que la autoexploración mamaria tiene una sensibilidad de 26 a 41% en comparación con el examen clínico y la mastografía. Aun cuando recientes revisiones sistemáticas sobre esta técnica han mostrado posibles riesgos como aumento de la ansiedad en la mujer, en el número de las visitas médicas y en la proporción de biopsias con resultado negativo, los datos epidemiológicos indican que en México y en otros países en desarrollo la mayoría de los cánceres de mama son encontrados por la propia mujer.¹⁸

Tenahua et al. (2016) realizó un estudio que incluyó a 114 estudiantes femeninas donde la edad promedio de las estudiantes fue de 20 años $\pm$ 1.5, de la Licenciatura en Enfermería de una Universidad pública del estado de Oaxaca, encontrando en cuanto a las razones para realizarse la autoexploración de mama, 80 estudiantes (70%) refieren que es útil para conocer su cuerpo y para saber si tienen la enfermedad; 97 estudiantes (85%) concuerdan que la autoexploración es benéfica por ser un procedimiento barato y sencillo, y 95 de ellas (83%), lo hacen en caso de sentir dolor, masas o secreción.¹⁹

V. 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. Aunque el diagnóstico y la detección temprana incrementan la supervivencia, 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, necesario promover en el grupo de mujeres en edad reproductiva, ya que hasta el momento no ha repercutido en el diagnóstico oportuno, debido a diversas causas, entre las que destaca el bajo nivel de conocimiento de la AEM, afectada por diversos factores, entre los principales se encuentra una falta de creencia, un bajo nivel de escolaridad, edad y olvido de realizar la AEM. Si bien, no es un procedimiento que reduzca la mortalidad, su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano. Si el cáncer se diagnostica tempranamente, es más probable que el tratamiento sea eficaz, por lo que la probabilidad de supervivencia se vería aumentada, la morbilidad reducida y el tratamiento sería más barato, obteniendo así, mejoras notables en la vida de los pacientes.

Es posible elaborar programas de educación que permitan a las pacientes conocer las técnicas de AEM, para encontrar anomalías indicativas de un cáncer o de una lesión precancerosa cuando no ha producido síntomas, son intervenciones de Salud Pública económicas, que nos permitirían disminuir la inversión monetaria hacia este padecimiento, sabemos que los tratamientos y pruebas de imagen son altamente costosas, a diferencia de una enseñanza para detección temprana.

El presente estudio de investigación se consideró viable para su realización, pues no requería de materia prima costosa, se aplicó una encuesta a los sujetos de estudio, dentro de la misma Unidad de Medicina Familiar, con una intervención no mayor a 15 minutos por entrevista, sin necesidad de intervención experimental para su elaboración.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en la mujer, tanto en los países desarrollados, como en los denominados en vías de desarrollo; se estiman en 1,38 millones los casos nuevos que se diagnosticaron en todo el mundo en el año 2008. En México, la tasa de incidencia en el año 2008 del cáncer de mama fue de 27,2 casos por cada 100.000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 10,1 por 100.000 habitantes.³

Esta enfermedad constituye de 20% a 25% de todos los casos de cáncer en la mujer, contribuye con un 15 % a 20 % de la mortalidad por cáncer y con un 2 % a 5 % de la mortalidad por cualquier causa en el mundo occidental. Afecta principalmente a mujeres de 35 a 55 años y su frecuencia aumenta de forma continua con la edad.⁶

Se ha encontrado que la mayoría de las mujeres no realizan la AEM, y de las pocas que lo realizan, más de la mitad lo hace de una manera incorrecta, diversos factores se vinculan con este hecho, sin embargo, es la carencia de información y de estudios de investigación en esta unidad, que no nos permiten determinar aquellos factores relacionados con este problema.

La proporción de mujeres capaces de identificar cambios en las mamas o por lo menos un abultamiento varía de 80 a 85% después de haber recibido alguna instrucción específica y con ello el diagnóstico se incrementa del 51 al 65%.¹⁷

Es de vital importancia, reconocer y estadificar el nivel de conocimiento sobre la técnica de AEM que presentan las pacientes, pues no se tiene punto de partida y nos encontramos en una población de donde predomina la baja escolaridad y un estado socioeconómico bajo, donde el impacto de mejorar las medidas de prevención, bajo una enseñanza y asesoría en la correcta técnica de autoexploración, beneficiaría no solo en la morbimortalidad de la paciente, sino también en la economía de la institución.

Es por ello, que nos surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que se asocian con el nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria en mujeres derechohabientes de 20 a 45 años de la UMF

27 de Tijuana, B.C.?

VII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados con el nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria en mujeres entre 20 y 45 años de edad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.27 en Tijuana, B.C.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Valorar el conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria mediante la aplicación de la escala para nivel de conocimiento sobre la técnica de AEM en mujeres entre 20 y 45 años de edad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.27.
2. Evaluar la autoefectividad, mediante la aplicación de la Subescala de autoefectividad percibida en mujeres entre 20 y 45 años de edad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.27.
3. Determinar la asociación que existe entre factores socio-ambientales y el nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria, en mujeres entre 20 y 45 años de edad.
4. Determinar la asociación que existe entre factores demográficos y el nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria, en mujeres entre 20 y 45 años de edad.

VIII. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

A. Hipótesis de trabajo (Hi):

Los factores socio-ambientales asociados al nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria en mujeres entre 20 y 45 años de edad, en la UMF No.27 de Tijuana, B.C. son: Edad, escolaridad, frecuencia con que se realiza la técnica, presentar el antecedente familiar de primer grado de cáncer de mama, ocupación, calidad de la técnica de autoexploración y fuente de información de la técnica.

B. Hipótesis nula (H0):

Los factores socio-ambientales no asociados al nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria en mujeres entre 20 y 45 años de edad, en la UMF No.27 de Tijuana, B.C. son: Edad, escolaridad, frecuencia con que se realiza la autoexploración mamaria, presentar el antecedente familiar de primer grado de cáncer de mama, ocupación, calidad de la técnica de autoexploración y fuente de información de la técnica.

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 Características del lugar donde se llevara a cabo el estudio:

El estudio de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California, unidad urbana de primer nivel de atención. Boulevard Gustavo Díaz Ordaz 1665, Huertas 5ta Sección, 22127 Tijuana, B.C. Cuenta con rutas de transporte urbano, automóvil, bicicleta o cualquier medio de transporte terrestre.

9.2 Diseño y tipo de estudio:

- 1. Diseño:** Transversal, Analítico, Prospectivo.
- 2. Tipo de estudio:** Tipo encuesta.
- 3. Tipo de investigación:** Epidemiológica.
- 4. Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar No.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Tijuana, B.C.
- 5. Periodo de estudio:** El estudio se realizó en el periodo comprendido entre septiembre de 2018 y febrero de 2019.
- 6. Población de estudio:** Mujeres de 20 a 45 años de edad, que no presenten diagnóstico actual y/o previo de patología mamaria, incluyendo cáncer de mama, de la Unidad de Medicina Familiar No.27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

9.3 Universo de trabajo:

Mujeres de 20 a 45 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

9.3.1 Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 1. Paciente femenino adscrito a la UMF #27 de Tijuana, B.C.
 2. Paciente femenino con edad comprendida entre 20 y 45 años de edad.
 3. Aceptar participar en el estudio y firmar la carta de consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 1. Paciente femenino con diagnóstico actual y/o previo de patología mamaria, incluyendo cáncer de mama.
 2. Que se encuentre embarazada y/o en periodo de lactancia.
 3. Que presente alguna discapacidad que le impida contestar los instrumentos de medición.
- Criterios de eliminación:
 1. Encuestas incompletas.

9.3.2 Tamaño de la muestra:

Fórmula de tamaño de muestra para diferencias entre 2 proporciones

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n= tamaño de la muestra que se requiere

p1= proporción esperada del factor en estudio en la primera proporción, esto es la proporción de pacientes con conocimiento inadecuado de la autoexploración que tienen trabajan fuera del hogar, según lo reportado por Manrique-Abril y colaboradores en un estudio realizado en el 2012 en Colombia, donde buscaban la asociación entre el nivel de conocimiento de autoexploración y ocupación, se encontró que el 36% de los pacientes con conocimiento inadecuado trabajan fuera del hogar. ($p_1=0.36$)⁹

q1= $1-p_1$ ($1-0.36 = 0.64$)

p2= proporción esperada del factor en estudio en la segunda proporción, esto es la proporción de pacientes con conocimiento adecuado de la autoexploración que tienen, trabajan fuera del hogar, según lo reportado por Manrique-Abril y colaboradores en un estudio realizado en el 2012 en Colombia, donde buscaban la asociación entre el nivel de conocimiento de autoexploración y ocupación, se encontró que el 52% de los pacientes con conocimiento adecuado trabajaban fuera del hogar. ($p2= 0.52$)⁹

$$q2= 1-p2 \text{ (1-0.52= 0.48)}$$

$$K = (Z\alpha+Z\beta)^2$$

Tabla 1. Cálculo de la constante de la fórmula (K) ²⁰

Nivel significación dos colas	Poder				Nivel significación una cola
	50%	80%	90%	95%	
0.1	2.7	6.2	8.6	10.8	0.05
0.05	3.8	7.9	10.5	13.0	0.025
0.025	5.4	10.0	13.0	15.8	0.01
0.01	6.6	11.7	14.9	17.8	0.005

La constante K se eligió en base a un poder estadístico de 80% con un intervalo de confianza de 95% en un estudio a 2 colas, lo que da como resultado una constante $K=7.9$

Despeje de la fórmula:

$$n = \frac{(p1q1+p2q2)}{(p1-p2)^2} (K) = n = \frac{[(0.36)(0.64)+(0.52)(0.48)]}{(0.16)^2} (7.9) = \frac{(0.23+0.24)}{0.0256} (7.9) = 3.792 = 149$$

N: 149 pacientes

Tamaño de la muestra= 149 + 20% por pérdidas de datos= 179 pacientes por grupo.

9.3.3 Tipo de muestreo:

No probabilístico: por casos consecutivos.

9.3.4 Descripción general del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, tipo encuesta, transversal, analítico, prospectivo, este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N°27, del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Tijuana, Baja California, en el periodo de septiembre del 2018 a febrero del 2019.

Se incluyeron a 179 pacientes, para la realización del presente estudio de investigación se encuestó a las pacientes que se encontraban en las salas de espera de cada consultorio, las respuestas a las preguntas que se formularon se plasmaron en un hoja de recolección de datos (Anexo V), realizando preguntas necesarias para estudiar las variables de investigación, tales como la edad, solicitada al sujeto de estudio y expresada en años, en ocupación se preguntara cuál es su empleo actual y si percibe remuneración por el mismo, se incluirán 2 estados, empleo no remunerado en donde entran las amas de casa y empleo remunerado donde entran los trabajos en donde hay un pago por los servicios prestados, la escolaridad se definió en base al último año estudiado, en donde entran los siguientes grupos, primaria, secundaria, preparatoria, universidad y posgrado, para considerarlo en cualquiera de estos grupos el paciente debe haber terminado el grado académico completo.

Para determinar la frecuencia con que se realiza la técnica de AEM, se incluyeron 4 respuestas a la pregunta (una vez al mes, cada 6 meses, cada año o nunca), para especificar el antecedente familiar de primer grado con cáncer de mama, se pidió que solo se marque la enfermedad presentada en abuela, mamá o hermana para considerarla como positiva. La calidad de la técnica de AEM se evaluó en base a la organización correcta de un diagrama con los pasos para llevar a cabo dicho examen, constaba de 6 imágenes y se tomó como técnica adecuada, aquella paciente que contó con más de 3 aciertos, 2 o menos aciertos, fue una técnica inadecuada. La variable de fuente de información, se solicitó al sujeto de estudio que especificara el medio por el cual ha obtenido información acerca de la técnica de AEM, donde se incluyó personal de salud, internet, televisión y amigos.

Para determinar el nivel de conocimiento sobre la técnica de autoexploración mamaria, se le pidió al sujeto de estudio contestar un cuestionario de 12 reactivos, donde un puntaje entre 5 y 12 aciertos fue igual a un alto nivel, y entre 1 y 4 aciertos, fue un bajo nivel. Cuenta con un

Alpha de Cronbach de 0.819.²¹ (Anexo III)

Para la variable de autoefectividad, se aplicó una encuesta de autoeficacia percibida. Cuenta con un patrón de respuesta de 5 opciones, tipo likert, el uno que significa totalmente en desacuerdo, el dos en desacuerdo, el tres ni de acuerdo ni en desacuerdo, el cuatro de acuerdo y el cinco totalmente de acuerdo. El Alpha de Cronbach en mujeres mexicanas fue de 0.88.²² (Anexo IV)

Previo a la contestación de la encuesta, se explicó el motivo y el objetivo del estudio. Posteriormente se aplicaron dichas encuestas, al término se entregó un tríptico (Anexo VI), el cual contiene información retroactiva para los participantes, con la técnica de autoexploración mamaria adecuada. Todas las actividades fueron realizadas por el investigador principal y supervisadas por el investigador responsable.

9.3.5 Análisis estadístico

Los datos obtenidos se integraron a las hojas de recolección de datos (Anexo V) y se analizarán mediante el programa SPSS versión 20 en español. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se analizaron los resultados de las encuestas con riesgo relativo para establecer la asociación entre las variables, y se determinó la significancia estadística con *Ji* cuadrada para las variables cualitativas, con un poder de 80% e intervalos de confianza al 95%. Los resultados se presentaron por medio de tablas y gráficas de barras. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

9.3.6 Operacionalización de las variables

- **Variable dependiente:** Nivel de conocimiento sobre técnica de autoexploración mama

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Nivel de conocimiento sobre técnica de auto-exploración mamaria	Niveles de información que una mujer refiere tener acerca del auto examen de la glándula mamaria.	Es la información que posee el sujeto de estudio acerca del método del auto-exploración mamaria.	Cualitativa ordinal dicotómica	1. Alto 2. Bajo

- **Variables independientes:**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años cumplidos expresados por el sujeto al momento de la recolección de datos. Para fines del estudio se transformara en variable cualitativa nominal en donde la dividiremos en mayor a 40 años y menor a 40 años.	Cualitativa nominal politómica	1. 20 - 25 2. 26 – 30 3. 31 – 35 4. 36 – 40 5. 41 - 45
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo	Actividades que realiza el sujeto al momento de la entrevista en su vida diaria para mantener una calidad de vida sea remunerada o no, tomando en cuenta si labora fuera del hogar o no.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Remunerado 2. No remunerado
Escolaridad	El nivel máximo de estudios de una persona.	Se definirá la escolaridad con base a lo expresado por el sujeto al momento de la recolección de datos, tomando en cuenta el último año de estudios para considerarlo en el mismo. Para fines del estudio se dicotomizarán en escolaridad básica que incluirá analfabeta, primaria y secundaria y escolaridad media superior que incluirá preparatoria, universidad y posgrado.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Escolaridad básica 2. Escolaridad media-superior
Frecuencia para realizar exploración mamaria	Se debe realizar sistemáticamente una vez por mes con el objetivo de familiarizarse con sus senos y poder notar cambios que	Número de veces en que la paciente realiza y aplica la técnica de autoexploración mamaria en un tiempo determinado.	Cualitativa nominal politómica	1. Una vez al mes 2. Cada 6 meses 3. Cada año

	pudiesen presentarse entre un mes y otro y de preferencia hacerlo en los días intermedios del ciclo menstrual.			4.Nunca
Antecedente familiar primer grado con Cáncer de mama	Condición transmitida genéticamente que incrementa el riesgo de cáncer de mama	Lo expresado por el sujeto de estudio como el haber presentado la enfermedad en abuela, mama o hermana.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Si 2. No
Autoefectividad	Percepción del individuo y sus posibilidades de éxito en cuanto al dominio de un determinado tipo de conducta	Convicción que tiene el sujeto de estudio de que es capaz de realizar la práctica de AEM. Utilizando una Escala de Likert: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, desacuerdo, totalmente en desacuerdo, con una puntuación máxima de 50 y mínima de 10, se agrupara una autoefectividad alta entre 41 y 50 puntos, media 26 a 20 puntos y baja con 10 a 25 puntos.	Cualitativa ordinal politómica	1. Alta 2. Media 3. Baja
Calidad de la técnica	Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie	Se solicitará al sujeto de estudio organizar un diagrama en el orden correcto de la técnica de AEM. Será adecuada si cumple más de 3 aciertos de la técnica adecuada.	Cualitativa ordinal dicotómica	1. Adecuada 2. Inadecuada
Fuente de información	Diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento	Medio de comunicación por el cual el sujeto de estudio obtuvo el conocimiento de la técnica.	Cualitativa nominal politómica	1.Personal de salud 2.Internet 3.Televisión 4.Amigos
Estado marital	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Se definirá el estado civil con base a lo expresado por el sujeto al momento de la recolección de datos, se incluirán 2 estados civiles, con pareja y sin pareja	Cualitativa nominal dicotómica	1.Con pareja 2.Sin pareja

X. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo respetó los aspectos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki; así como con la carta de Ottawa emitida en 1986 con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud.²³

En la carta de Ottawa se describe: “La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo; la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”.²⁴

La carta de Bangkok del 2005, refiere que las intervenciones se orienten no sólo hacia la prevención de la enfermedad, sino también para tratar de incidir en la mejora de todos los aspectos que pueden determinar la salud.²⁵

El principio de autonomía se respetará ya que las personas entrevistadas, decidirán libremente si participan o no mediante la aceptación con el consentimiento informado y pueden autoexcluirse en el momento que ellos decidan.

Se utilizó como método de estudio sólo la realización de encuestas. El proyecto se apegó a lo establecido por el comité de investigación local y coordinación de educación e investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Clasificación I según el riesgo del estudio, ya que éste estudio fue una investigación sin riesgo.

XI. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y MATERIALES, FINANCIAMIENTO Y FAC- TIBILIDAD

Fue posible realizar el estudio, se contó con los recursos humanos, físicos y materiales necesarios para ello, así como con dos investigadores dispuestos a realizar el proyecto, corriendo el financiamiento a cargo de las mismas.

11.1 RECURSOS HUMANOS:

Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta. Investigador responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.

Dra. Verónica Elizabeth Gómez Sánchez. Investigador Principal, quien realizó el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.

Dra. Cristina Yadira Gómez Sánchez. Investigador colaborador, quien participó en la elaboración e investigación del protocolo inicial y su estructura.

11.2 RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS:

- **FINANCIEROS:** Fueron aportados por los investigadores.

XII. RESULTADOS

Se aplicaron 179 cuestionarios únicamente a mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27. Todos los cuestionarios fueron completamente llenados, obtuvimos un total de 179 pacientes. La distribución de edades fue de los 20 a 45 años. A continuación, se describe la frecuencia por grupos de edad (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia por grupos de edad en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Grupo de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
20 a 25	33	18.5
26 a 30	43	24
31 a 35	32	17.9
36 a 40	28	15.6
41 a 45	43	24

Respecto al estado marital, 144 contaban con pareja (80.4%) y 35 de ellas no tenían pareja. La escolaridad de 115 pacientes (64.2%) fue básica y el 35.8% media - superior. En cuanto a la ocupación, 120 mujeres (67%) reportaron un empleo remunerado y el resto sin remuneración.

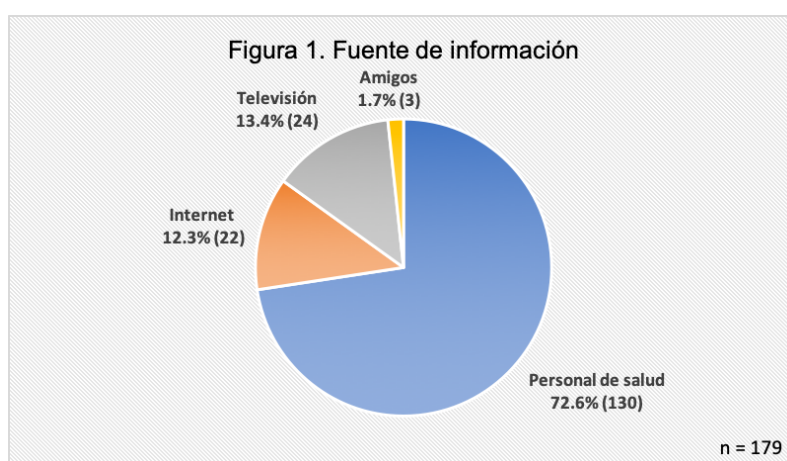
De las 179 pacientes, 160 (89.4%) negaron el antecedente familiar de primer grado con cáncer de mama.

La realización de autoexploración mamaria se presentó en 121 mujeres (67.6%). En la tabla 2 se describe la frecuencia de la autoexploración mamaria.

Tabla 2. Frecuencia de realización de autoexploración mamaria.

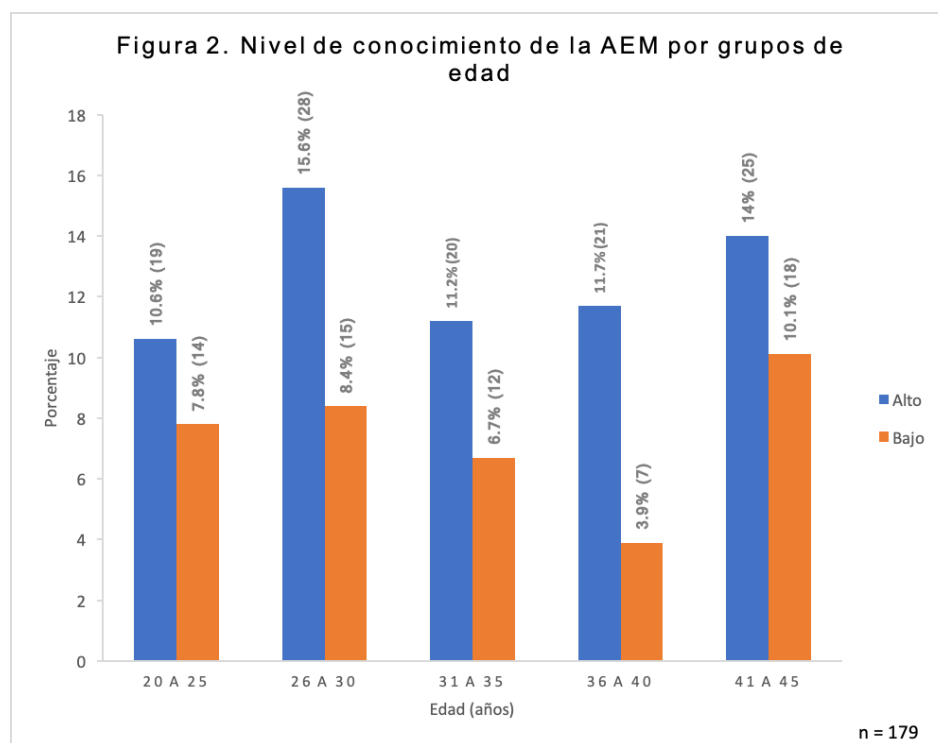
Autoexploración mamaria	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al mes	62	34.6
Cada 6 meses	31	17.3
Cada año	29	16.2
Nunca	57	31.9

La fuente de información que reportaron las pacientes se describe en la Figura 1.

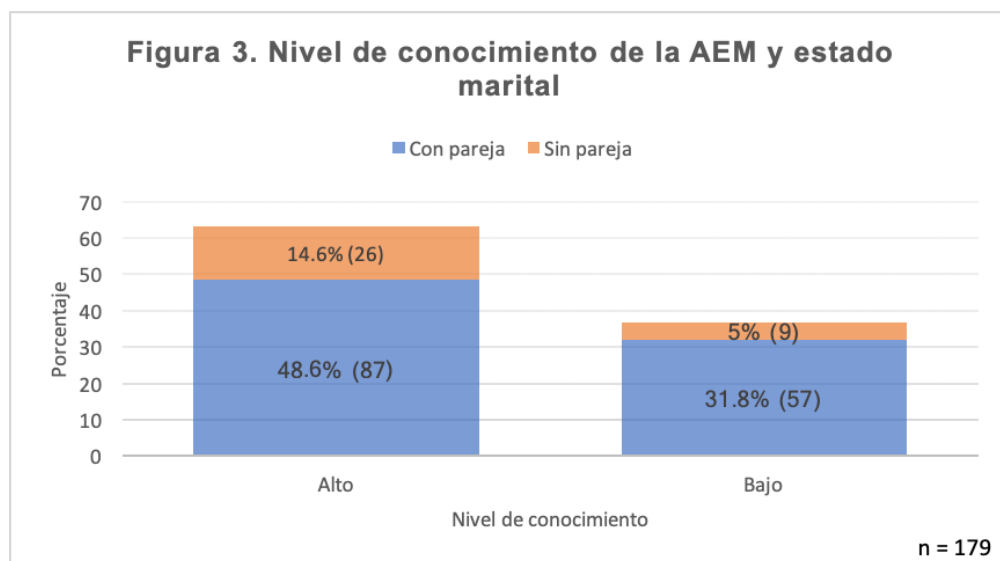


La calidad de la técnica fue inadecuada en 148 pacientes (82.7%) y adecuada solo en 31 mujeres. El nivel de conocimiento de la autoexploración mamaria fue alto en 113 pacientes (63.1%) y baja en 66. La autoefectividad se reportó alta en 65 mujeres (36.3%), media en 103 (57.6%) y el resto como baja.

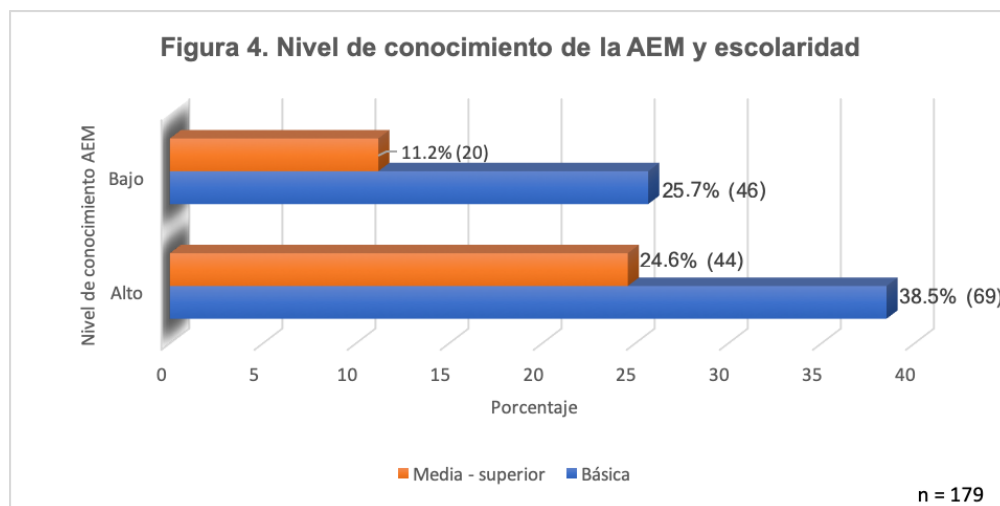
En el siguiente apartado, describimos los factores demográficos y socio-económicos asociados al nivel de conocimiento sobre la técnica de autoexploración mamaria. La Figura 2 reporta el nivel de conocimiento de la AEM por cada grupo de edad.



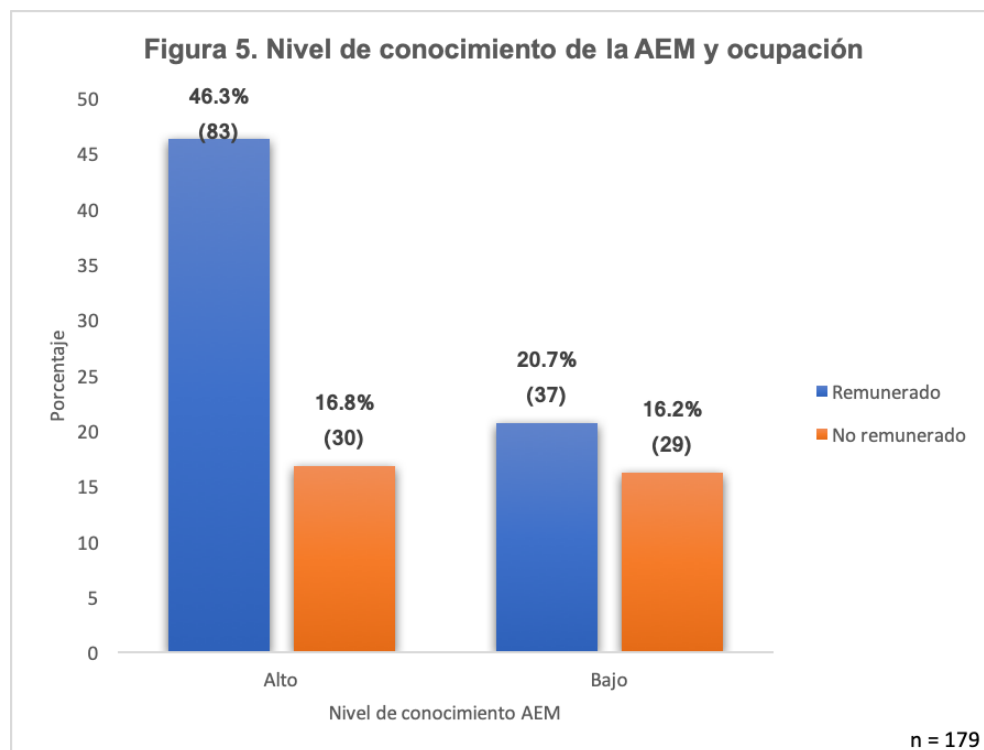
En la figura 3 se describe el nivel de conocimiento de la autoexploración mamaria según el estado marital.



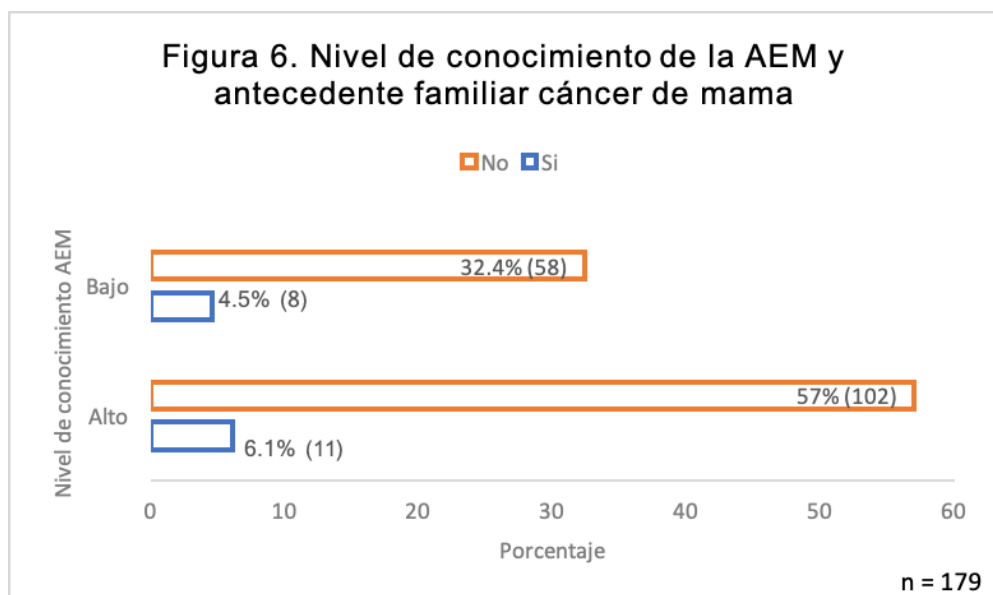
El nivel de conocimiento de la AEM y escolaridad, se puede ver en la Figura 4.



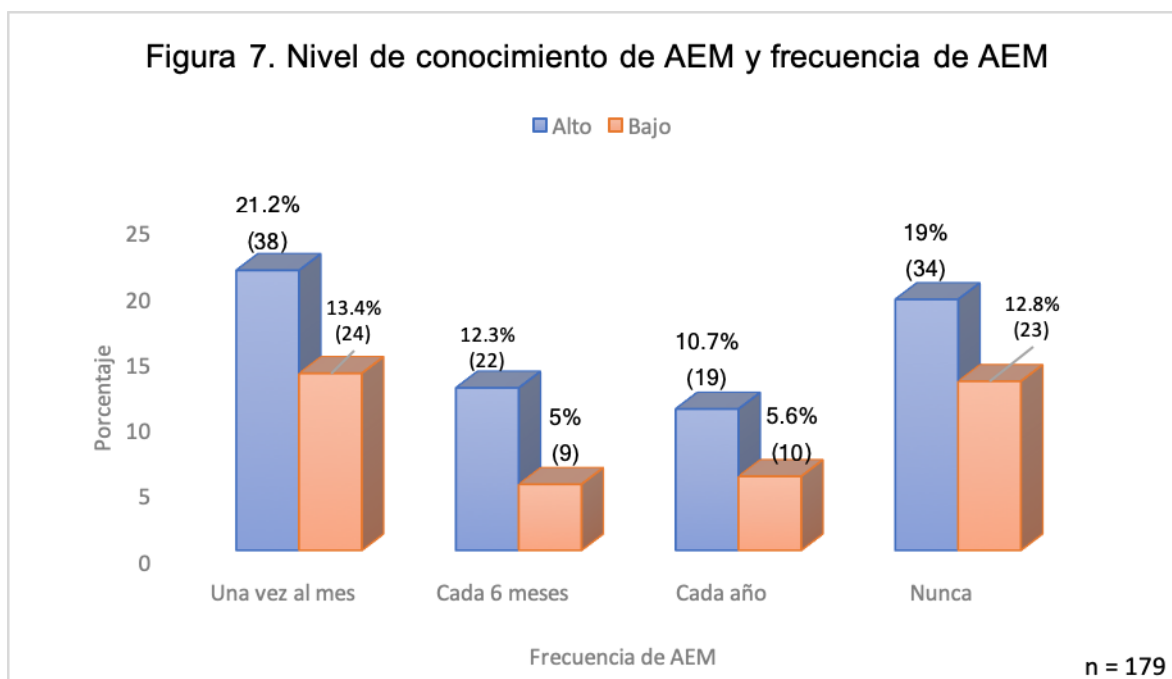
En la Figura 5 observamos el nivel de conocimiento de la AEM y ocupación.



El nivel de conocimiento de la AEM y antecedente familiar de primer grado de cáncer de mama en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 (Figura 6).



La Figura 7 representa el nivel de conocimiento de la AEM y frecuencia de AEM.



La asociación del nivel de conocimiento sobre la técnica de AEM en mujeres entre 20-45 años se describe en la Tabla 3, considerando como significativo una $p < 0.05$.

Factores	Chi ² de Pearson
Edad	.614
Estado marital	.127
Escolaridad	.245
Ocupación	.017
Antecedente familiar de primer grado con cáncer de mama	.617
Realiza autoexploración mamaria	.593
Frecuencia para realizar AEM	.735
Calidad de la técnica de autoexploración	.520
Fuente de información de la técnica	.108
Autoefectividad	.384

De todos los factores asociados al nivel de conocimiento sobre la técnica de AEM, la ocupación fue el único con significancia estadística (.017) con una razón de momios de 2.168 (IC 1.143 – 4.116).

XIII. DISCUSIÓN

El grupo de edad que predominó un nivel bajo de conocimiento de la autoexploración mamaria fue el de 41- 45 años como lo reportado por Grunfeld et al. Donde las mujeres de mayor edad tuvieron menos capacidad para identificar los síntomas de cáncer de mama y factores de riesgo.¹¹

Okabia et al. Encontraron que la educación fue el principal determinante del nivel de conocimiento y conducta de salud entre las participantes, sin embargo, en nuestro estudio la ocupación fue el único factor de riesgo con significancia estadística.¹³

En las derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 la principal fuente de información fue el personal de salud representado por 130 mujeres (72.6%). Dünder et al. Mencionaron en un estudio transversal con 244 mujeres rurales de Turquía que sólo una cuarta parte obtuvo información de los profesionales de la salud.¹⁴

Webster y Austoker describieron que el conocimiento de las mujeres de Reino Unido sobre el tamizaje de las mamas fue variable y a veces incorrecto, especialmente en aquellas con menor educación formal. Sin embargo, en nuestro estudio observamos que el nivel alto de conocimiento de la AEM se presentó con mayor porcentaje en las mujeres con educación básica. La calidad de la técnica fue inadecuada en 148 pacientes, representado por el 82.7%.⁹

La autoefectividad media (57.6%) fue la que predominó en la investigación como lo descrito por Bonilla quien realizó un estudio en Nicaragua con 100 pacientes y sólo el 62% tuvo un nivel de conocimiento regular.¹⁵

Simi et al. Encontró que casi la mitad de las mujeres no realizaban el autoexamen, en nuestro caso 121 mujeres (67.6%) llevaban a cabo la autoexploración mamaria.¹⁶ Este porcentaje es similar al reportado por Sánchez et al. (64.6%) pero su muestra fue de 48 mujeres.⁶

En cuanto a la frecuencia para practicar la autoexploración mamaria, el mayor porcentaje de las participantes (34.6%) lo realizaba una vez al mes, pero el 31.9% nunca lo hacía. Sánchez et al. Reportó que el 48.4% lo hacía mensualmente mayoritariamente o en cualquier momento que se les ocurría (41.9%).

XIV. CONCLUSIONES

En nuestro estudio, el nivel de conocimiento de la autoexploración de mama que prevaleció fue el alto, con un 63.1%, sin embargo, la mayoría presentó una mala calidad de esta con un 82.7%, y un gran porcentaje tuvo una autoefectividad media hacia el autoexamen (57.6%). Sólo el 68.1% de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mama, de las cuales el conocimiento de la técnica fue alto en el grupo de una ocupación remunerada, ya que fue la única variable estadísticamente significativa y coincidiendo con lo encontrado en la literatura.

Así también, coincidimos en que a mayor edad menor conocimiento, ya que el grupo de edad de 41-45 años obtuvo la menor calificación, y dentro del estado marital, aquellas quienes contaban con pareja sentimental al momento de la encuesta, presentaron un alto nivel de conocimiento de AEM, tal como se describe previamente, pues el apoyo familiar aumenta su frecuencia de realización y por lo tanto su nivel de conocimiento.

La variable más significativa fue ocupación, y el mayor conocimiento se encuentra dentro de la escolaridad básica, posiblemente a que este grupo de mujeres visita con mayor frecuencia la unidad médica, donde se refuerzan medidas de prevención primaria en cada visita, ya que un alto porcentaje obtiene su conocimiento del personal de salud, sin embargo, la calidad de la técnica sigue siendo mala, por lo que se determina que nuestro objetivo más que mejorar el conocimiento de la técnica, es mejorar la calidad y la autoefectividad, pues nuestra población tiene percepción y practica el AEM, pero lo realiza de una forma inadecuada.

Realizar de una forma incorrecta la AEM, retarda el diagnostico precoz de una lesión precancerosa, con lo que aumenta la mortalidad y la oportunidad de tratar con eficacia la enfermedad. Se deberán entonces de promover campañas de educación, donde se enseñe a las mujeres como llevar a cabo la autoexploración correctamente, las cuales podrían desarrollarse en salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar, para incluir a todas aquellas mujeres que acudan como acompañante de un paciente, y en sus áreas de trabajo, si el horario laboral no les permite visitar con tanta frecuencia las unidades médicas.

La enseñanza, para mejorar la calidad de la AEM, es un método de bajo costo y más simple, útil en Unidades de Medicina Familiar que no cuentan con la infraestructura suficiente para realizar mamografías, por lo que podría disminuir la necesidad de técnicas de tamizaje más costosas e invasivas, la autoexploración tiene la ventaja de que es llevado a cabo por la propia mujer.

Es importante la tarea que realiza el personal de salud en nuestra Unidad, pues aumentan la conciencia sobre el peligro de la enfermedad y los métodos que existen para su detección temprana, por lo que es necesario que se encuentren bien preparados y capacitados en métodos de prevención y tamizaje precoz del cáncer de mama.

XV. FORTALEZAS

Para su realización, el estudio requirió de una encuesta únicamente, la cual no tomaba más de 15 minutos al sujeto de estudio, por lo que fueron llenadas completamente el total de ellas, no se utilizó material costoso y no necesitó de intervención experimental para su elaboración.

XVI. LIMITANTES

Para el llenado de la encuesta, se captaba al paciente en las salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar, mientras esperaban pasar a consulta o acompañaban a un paciente, lo que generaba un estado de discomfort e irritabilidad, por lo que algunas rechazaban participar en el estudio, gran porcentaje acudía a su control prenatal, lo que excluía otra cantidad. Ocasionalmente, el sujeto de estudio era llamado a su consulta, por lo que el llenado de la encuesta se retardaba más de lo esperado. En la hoja de recolección de datos no se investigó el tipo de ocupación que desempeñaban aquellos sujetos de estudio dentro del grupo de remuneración, así como tampoco se capturó la causa de nunca realizar la AEM, lo que permitiría determinar un objetivo más específico al momento de realizar campañas de educación.

XVII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO									
	Marzo 2017	Abril-Mayo 2017	Junio-Sept 2017	Oct 2017 - Mayo 2018	Junio - Sept 2018	Sept - Oct 2018	Nov 2018 - Feb 2019	Marzo - Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019
Delimitación del tema a estudiar	X									
Revisión y selección de la bibliografía		X								
Elaboración del proyecto			X							
Planeación operativa				X						
Registro del protocolo					X					
Autorización del protocolo						X				
Recolección de la información							X			
Análisis de datos								X		
Redacción del trabajo final									X	
Presentación										X

XVIII. BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención, México; Secretaria de salud, 2009.
2. Gutiérrez Delgadillo A, Gutiérrez Flores F, Gutiérrez Choque J, Guzmán Ddelgadillo F, Santander López A. Conocimiento, actitud y práctica del autoexamen mamario en mujeres estudiantes de medicina de la Universidad Mayor de San Simón, Gestión 2011. Rev Cient Cienc Méd. [Revista en internet] 2012 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 15(2):22-25.
3. Aguilar Cordero M, Neri Sánchez M, Padilla López C, Pimentel Ramírez M, García Rillo A, Sánchez López A. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutr Hosp [Revista en internet] 2012 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 27(5):1631-1636.
4. González Ortega J, Morales Wong M, López Cuevas Z, Díaz Valdez M. Factores pronósticos del cáncer de mama. Revista Cubana de Cirugía [Revista en internet] 2011 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 50(1):143-152.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer de mama.
6. Sánchez Urdaneta Y, Urdaneta Machado J, Villalobos Inciarte N, Contreras Benitez A, Garcia J, Baabel Zabranon N, et.al. Conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. Rev Venez Oncol [Revista en internet] 2016 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 28(1):37-51.
7. Webster P, Austoker J. Women's knowledge about breast cancer risk and their views of the purpose and implications of breast screening - a questionnaire survey. Journal of Public Health [Revista en internet] 2006 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 28 (3): 197-202.
8. Vivas-Sánchez VM, Torres-Pedraza N, Esguerra-Gonzales LL, Torres-Silva CA, Mojica-Torres IC, Mendoza-Jaimes KC, et.al. Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención

- del cáncer de mama. Rev Cien y Cuid. [Revista en internet] 2012 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 9 (2): 43-51.
9. Manrique Abril FG, Ospina Diaz JM, Vega Fuentes NA, Morales Pacheco AL, Herrera Amaya G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). Invest Educ Enferm. [Revista en internet] 2012 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 30 (1): 18-27.
 10. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, Quinta revisión, Colima 2013.
 11. Grunfeld EA, Ramirez AJ, Hunter MS, Richards MA. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. British Journal of Cancer. [Revista en internet] 2002 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 86: 1373-1378.
 12. Barcelos-Marinho LA, Costa-Gurgel MS, Guilherme Cecatti J, Duarte Osis MJ. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centers. Rev Saude Pública. [Revista en internet] 2003 2002 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 37 (5): 576-582. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005
 13. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A crosssectional study. World Journal of Surgical Oncology. [Revista en internet] 2006 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 4: 11:1-9.
 14. Dünder PE, Ozmen D, Ozturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer. [Revista en internet] 2006 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 6:1-9.
 15. Bonilla CP. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mama de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el mes de Diciembre del 2007". Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Gineco-Obstetricia). 2008.

16. Simi A, Yadollahie M, Habibzadeh. Knowledge and attitudes of breast self-examination in a group of women in Shiraz, southern Iran. *Postgrad Med J.* [Revista en internet] 2009 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 85: 283-287.
17. Sánchez-Ramírez B, Herrerias-Ganado T, Olaya-Guzmán E, Sequeira-Alvarado K. Abordaje diagnóstico del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum.* [Revista en internet] 2012 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 26 (2): 106-114.
18. 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.* [Revista en internet] 2012 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 20(2): 79-84.
19. Tenahua-Quitl I, Arrijoa-Morales G, Salazar-Peña MTL, Sifuentes-Pasillas PG, Antonio-López MT, de León-Gómez A. Conocimiento, razones y mitos en estudiantes de enfermería sobre la autoexploración de mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [Revista en internet] 2017 [Consultado el 20 de mayo de 2017]; 25(2):95-9.
20. Velasco Rodríguez VM, Martínez Ordaz VA, Roiz Hernández J, Huazano García F, Nieves Rentería A. Muestreo y tamaño de muestra, una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. 1ra ed. Torreón Coahuila: ISBM; 2002. p. 152.
21. Bazán ST. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del autoexamen de mama de estudiantes de enfermería, UNMSM 2010. Lima-Perú. Tesis (Licenciada en enfermería). 2011.
22. Cancino Flores MM. Práctica de autoexploración de mamas, susceptibilidad y autoeficacia percibida. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Tesis (Maestría en ciencias de enfermería). Diciembre 2004
23. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [En línea]. Finlandia: AMM; 2014 [consultado en Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
24. World Medical Association. Otros asuntos de derechos humanos relacionados con la salud [en línea]. Finlandia: AMM; 2014 [Consultado en Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/20activities/20humanrights/50other/>

25. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado [Internet]. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Tailandia; 2005 [consultado en Mayo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

XIX. ANEXOS

ANEXO I: Consentimiento informado (sujeto de estudio)

	ANEXO 1: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	“Factores asociados al nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria en mujeres derechohabientes de 20 a 45 años de la UMF 27 de Tijuana, B.C”
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, BC, dirección en Blvd. Gustavo Díaz Ordaz 1665, Huertas 5ta Secc, 22127.
Número de registro:	R-2018-204-031
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los factores asociados con el nivel de conocimiento sobre técnicas de autoexploración mamaria en mujeres entre 20 y 45 años de edad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.27 en Tijuana, B.C.
Procedimientos:	Se me ha explicado que se aplicará una encuesta en la atención médica
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud, solamente se aplicarán unas encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Valorar su técnica de autoexploración mamaria como buena o mala, para poder orientar y mejorar su conocimiento, mejorando sus medidas preventivas y lograr diagnósticos oportunos en patología mamaria. Entregaremos de forma gratuita un folleto con imágenes e información adicional acerca de la buena técnica que debemos practicar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará a la paciente el resultado del estudio, se analizarán los resultados. Se me ha explicado que con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones preventivas, y de tratamiento adecuadas para beneficio de mi salud.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Clave: 2810-009-013	

En caso de colección de material biológico (no aplica)	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de alternativas a mi actual tratamiento en caso de ser necesario.
Beneficios al término del estudio:	Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar y modificar los factores de riesgo que presento.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta Correo electrónico: jesus.gasteluma@imss.gob.mx , dr.robertgastelum@gmail.com
Investigador principal:	Dra. Veronica Elizabeth Gómez Sánchez Correo electrónico: nicags_88@hotmail.com
Investigador Colaborador:	Dra. Cristina Yadira Gómez Sánchez Correo electrónico: cristina_gomez82@hotmail.com
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: comiteeticainv.imss@gmail.com	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

ANEXO II: Carta de autorización



CARTA ANUENCIA DIRECTOR

Tijuana, Baja California a ____ mes de _____ del año 2018

Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta
Investigador Responsable

Por medio de la presente, se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de Investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado: **FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TÉCNICAS DE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE 20 A 45 AÑOS DE LA UMF 27 DE TIJUANA, B.C.**

Atentamente:

Dr. Abraham Martínez
Director de UMF No.27

ANEXO III: Escala para nivel de conocimiento sobre técnica de AEM



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

INSTRUCCIONES: Lee detenidamente cada una de las preguntas y responde todas las preguntas encerrando en un círculo la respuesta que usted considere correcta, seleccionando solo una respuesta:

1.- El autoexamen de mama es importante para:

- a. Detectar muchas alteraciones de la mama.
- b. Estar segura de que nuestras mamas están sanas
- c. Conocer nuestro cuerpo
- d. Calcular el día de la menstruación

2.- ¿Cuándo se debe iniciar la práctica del autoexamen de mama?

- a. A partir de la primera menstruación
- b. Después del primer embarazo
- c. En el periodo de la premenopausia
- d. En el periodo de la postmenopausia

3.- ¿En qué etapa de la vida las mujeres deben realizarse el autoexamen de mama?

- a. En edad fértil.
- b. Que se encuentran en el periodo de la premenopausia
- c. Después de la menopausia
- d. De todas las edades

4.- ¿Con qué frecuencia consideras que se debe realizar el autoexamen de mama?

- a. Cada quince días
- b. Cada mes
- c. Cada dos meses
- d. Cuando lo indica el médico

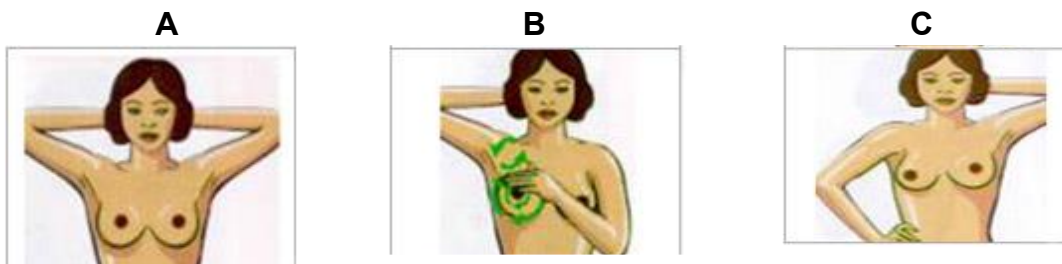
5.- Generalmente se recomienda realizarse el autoexamen de mama:

- a. Antes de la etapa menstrual
- b. Durante la etapa menstrual
- c. Después de la etapa menstrual
- d. Aproximadamente una semana después de la etapa menstrual

6.- ¿En qué posición se deben colocar las mujeres para palpar las mamas?

- a. Sentada y parada
- b. Parada y acostada
- c. Acostada y sentada
- d. Arrodillada y parada

7.- Señale la posición correcta para realizar el autoexamen de mama:



8.- Al inspeccionar la mama se debe observar:

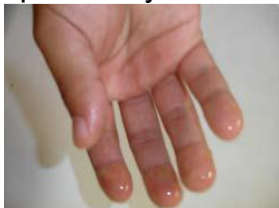
- a. Cambios en la piel, deformación mamaria y cambios en la axila
- b. Deformación mamaria, secreción del pezón e hinchazón de ganglios
- c. Secreción del pezón, cambios en la piel y areola
- d. Cambios en la piel, deformación mamaria y secreción del pezón

9.- Para la palpación de las mamas se emplea:

- a. La palma de la mano
- b. Los dedos
- c. Las yemas de los dedos
- d. Las yemas de algunos dedos

10.- Durante el autoexamen de mama los dedos deben estar:

a) Separados y flexionados



b) Separados y extendidos



c) Juntos y flexionados



d) Juntos y extendidos



11.- Durante el autoexamen de mama se debe presionar:

- a. Fuerte y con movimientos circulares formando un espiral
- b. Medianamente y sin movimientos circulares
- c. Suavemente con movimientos circulares y haciendo círculos concéntricos.
- d. Ligeramente y hacer movimientos circulares

12.- Las estructuras que se examinan son:

- a. Las mamas, la areola y los ganglios
- b. Los pezones, los corpúsculos de Montgomery y la axila
- c. La piel, las mamas y la areola
- d. Las mamas, los pezones y la piel.

Asignando un código a las preguntas con un valor de 1 a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	CATEGORIAS
Alto	9 – 12
Medio	5- 8
Bajo	1 – 4

ANEXO IV: Subescala de autoefectividad percibida



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Subescala de Autoeficacia Percibida

INSTRUCCIONES: Con atención lea cada uno de los siguientes enunciados y marque con una cruz aquella que esté de acuerdo a su forma de pensar, por favor no marque más de una respuesta.

Autoeficacia	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuer- do ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
1. Tengo conocimiento de cómo hacerme la autoexploración de seno					
2. Puedo hacerme la autoexploración de seno					
3. Puedo encontrar una bolita en el seno al hacerme la autoexploración					
4. Soy capaz de encontrar en el seno una bolita que sea del tamaño de un peso					
5. Soy capaz de encontrar en el seno una bolita que sea del tamaño de 10 centavos					
6. Soy capaz de encontrar en el seno una bolita que sea del tamaño de un chicharo					
7. Estoy segura que puedo seguir los pasos para hacerme la autoexploración del seno					
8. Puedo decir que algo está mal con mis senos cuando me hago la autoexploración					
9. Puedo decir que algo está mal con mis senos cuando me veo en el espejo					
10. Puedo usar una parte de mis dedos cuando exploro mis dedos					

ANEXO V: Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Hoja de Recolección de Datos

INSTRUCCIONES: por favor escribir con letra clara y legible lo que a continuación se solicita

Edad: _____ **Estado marital:** 1. Con pareja _____ 2. Sin pareja _____

Escolaridad: 1. Primaria _____ 2. Secundaria _____ 3. Preparatoria _____
4. Universidad _____
5. Posgrado _____

Ocupación: 1. Labores del hogar _____
2. Empleada _____

Realiza autoexploración de mama:
1. Si _____ 2. No _____

Número de veces que realiza la autoexploración mamaria:
1. Una vez al mes _____ 2. Cada 6 meses _____ 3. Una vez al año _____ 4. Nunca _____

Conoció la técnica de autoexploración mamaria por medio de:
1. Personal de salud _____ 2. Internet _____ 3. Televisión _____ 4. Amigos _____

Colocar el orden correcto de la técnica de autoexploración mamaria, enumerando del 1 al 6:



ANEXO VI: Tríptico

SIGNOS DEL CÁNCER DE MAMA



Cambios en el tamaño y la forma
 Enrojecimiento o picazón de la piel o alrededor del pezón
 Secreción de uno o ambos pezones
 Hinchazón de la axila o alrededor de la clavícula
 Nódulo o engrosamiento diferente del resto del tejido mamario
 Piel de naranja
 Cambio de forma o de posición del pezón
 Dolor constante en el pecho o las axilas

Si el cáncer de mama se diagnostica tempranamente, es probable que el tratamiento sea eficaz, por lo que la posibilidad de supervivencia se vería aumentada

Elaborado por:
Dra. Verónica Elizabeth Gómez Sánchez
Residente de 2do año de Medicina Familiar

Autoexploración mamaria



Técnica de detección del Cáncer de Mama

Basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas



1
Con los brazos abajo, fíjate si alguna de tus mamas está deformada, si hay cambio de color o si el pezón está desviado o hundido.



2
Coloca las manos en las caderas, presiona firmemente. Inclínate un poco hacia adelante y busca alguno de los cambios mencionados.



3
Ahora observa los cambios pero con los brazos extendidos hacia arriba.



4
De pie, con una mano detrás de la cabeza, explora toda la mama con movimientos circulares, empezando por la axila hasta terminar en el pezón.



5
Efectúa todos los movimientos anteriores pero ahora acostada y con una almohada bajo tu espalda.



6
Termina tu exploración apretando el pezón y observa si hay salida de líquido anormal.