



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 2 “JUANA DE ASBAJE”
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES DE
20 A 59 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UMF 2, SOBRE
LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER MAMARIO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

JULIA SOLIS RAMÍREZ

ASESOR:

DRA. NATIVIDAD HERNANDEZ LAYNES.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS
MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD
ADSCRITAS A LA UMF 2, SOBRE LA
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER
MAMARIO.**

PRESENTA:

DRA. JULIA SOLIS RAMÍREZ

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UMF 2,
SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER MAMARIO
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA
DRA. JULIA SOLIS RAMIREZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. JOSE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UMF 2,
SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER MAMARIO
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA
DRA. JULIA SOLIS RAMIREZ

AUTORIZACIONES

DRA. ROCIO MUNGUIA CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES UMF No. 2

DRA. NATIVIDAD HERNANDEZ LAYNES
ASESOR METODOLOGICO Y DE TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGO Y UMF No. 13
VOCAL DE COMITÉ DE INVESTIGACION

DRA. BLANCA ESTELA RODRIGUEZ PAREDES
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD EN LA UMF No.2

INDICE

	PAGINAS
1.- TITULO	2
2.- INDICE	5
3.- MARCO TEORICO	6
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5.- JUSTIFICACION	19
6.- OBJETIVOS	21
GENERAL	21
ESPECIFICOS	21
7.- HIPOTESIS	22
8.- METODOLOGIA	
TIPO DE ESTUDIO	22
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	23
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	23
INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR	24
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	25
CONSIDERACIONES ETICAS	25
9.- RESULTADOS	28
TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS	28
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	31
10.- DISCUSION (ANALISIS DE RESULTADOS)	33
11.- CONCLUSIONES	35
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
13.- ANEXOS	40

3.- MARCO TEORICO

En el mundo, uno de los cánceres más comunes en las mujeres es el de mama. Se ha estimado que una de cada 13 mujeres se ve afectada a lo largo de su vida por esta enfermedad; aproximadamente cada año se diagnostican un millón de casos y mueren por esta causa 372 mil mujeres. ⁽¹⁾

México ha registrado cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica: reducción progresiva y continua de la mortalidad, particularmente de la infantil, abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento. Según las cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, en 1997 se reportaron 9,050 nuevos casos de Cáncer de mama, con mayor frecuencia en el grupo de 45 a 54 años de edad, teniendo una variabilidad importante de presentación en diversas regiones del país ⁽²⁾.

El comportamiento del cáncer mamario se ha modificado ya que la edad de aparición de Nuevos casos es más temprana, desde los 35 años se aprecia aumento Significativo: 45.5 % del total de casos nuevos de cáncer ocurrió en mujeres menores de 50 años, con mediana de 51 años, igual que en Venezuela y Japón, una década antes en Comparación con las mujeres europeas o blancas norteamericanas. En las mujeres de 15 A 44 años, la morbilidad es de 11 %, con 2757 casos, cifra que casi se duplica en el grupo De 45 a 64 años (4369 casos, 68 %) volviendo a descender en las mujeres de 65 años o Más (1839 casos, 71.7 %). Las tasas de mortalidad por cáncer mamario estandarizadas por edad entre 1990 y 1998 muestran una tendencia creciente; la de 1990 fue de 13.6 por 100 000 mujeres de 25 años y mas y en 1998 aumentó a 15.12 por el mismo denominador. ⁽³⁾

En ese sentido, de continuar las condiciones actuales, es decir, un crecimiento lento pero constante de la mortalidad por cáncer de mama, la tendencia permite prever que la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, para el nivel nacional, seguirá

incrementándose en el grupo de mujeres de 25 años y más. El cáncer mamario es uno de los tumores malignos que más frecuentemente se asocia con el embarazo, se prevé un aumento en la frecuencia de esta asociación debido a que, en la actualidad, la mujer tiene una tendencia a posponer los embarazos y a que la aparición de la enfermedad tiende a ser más frecuente en nuestro medio en mujeres jóvenes, hasta hace poco tiempo, se consideraba que el cáncer mamario, asociado al embarazo, tenía un mal pronóstico, debido a que el embarazo contribuía de manera directa al surgimiento o progreso acelerado de la neoplasia. En la actualidad, se considera que este mal pronóstico se debe al diagnóstico tardío de la enfermedad y no al efecto del embarazo sobre el tumor, la supervivencia etapa por etapa es la misma cuando se comparan embarazadas con no embarazadas que tienen cáncer mamario, el diagnóstico se determina de acuerdo a los cambios fisiológicos (congestión, nodularidad, e hipertrofia) que ocurren en las glándulas mamarias durante la gestación son la causa del diagnóstico tardío. La prevención y terapia del cáncer constituye un problema de salud aún no resuelto, por lo que se impone la necesidad de incrementar los métodos existentes para lograr una mayor vigilancia y control de la enfermedad. ⁽⁴⁾

La transición demográfica se ha reflejado en modificaciones importantes en la estructura de la pirámide de población la cual muestra hacia finales de 1998 un angostamiento en su base con un mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y mujeres en la etapa post-reproductiva. ⁽⁵⁾

Estos incrementos permiten anticipar el impacto en los servicios que el Sistema Nacional de Salud tendrá con este grupo de edad, considerando que es la población más susceptible de desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa como los cánceres del aparato genital femenino y de la mama. Entre las mujeres mexicanas, el carcinoma mamario es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer cérvico uterino. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1990 ocurrieron 2,230 decesos atribuibles al cáncer de mama,

lo que representó el 1.67% del total de defunciones ocurridas en mujeres de 25 años y más. En 1994 dicha cifra fue de 2,785 (1.90%) muertes y para 1998 aumentó a 3,380 (2.1%) fallecimientos. Las tasas de mortalidad por cáncer mamario estandarizadas por edad entre 1990 y 1998 muestran una tendencia creciente; la de 1990 fue de 13.16 por 100,000 mujeres de 25 años y más; en 1998 aumentó a 15.12 por el mismo denominador. ⁽⁶⁾

Varios estudios epidemiológicos y revisiones sistemáticas han mostrado que el diagnóstico temprano incrementa el tiempo de supervivencia y reduce la mortalidad por cáncer de mama. El estudio SEER realizado en Estados Unidos informó 89 % de supervivencia a cinco años para todos los tipos de cáncer de mama, en comparación con 79 % en el estudio EUROCARE. La diferencia puede deberse al estadio en el cual la mujer fue diagnosticada: 40 % de los tumores en el estudio SEER se encontraba en etapa temprana (T1N0M0), a diferencia de 30 % del grupo europeo. Una reciente revisión sistemática realizada por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) encontró que el riesgo relativo de padecer cáncer mamario para la mujer de cualquier edad incluida en forma aleatoria a un programa de tamizaje de cáncer de mama es de 0.84 (con intervalo de confianza de 95 % = 0.77-0.91) en comparación con la no participante. ⁽⁷⁾

La incidencia y mortalidad del cáncer de mama hasta ahora han ido incrementándose durante este siglo en todos los países. Se piensa que puede ser debido a cambios de conducta durante la gestación y a cambios dietéticos durante la misma y fuera de ella. Las mujeres menores de 50 años buscan dos veces más la atención médica que las de mayor edad. En mujeres mayores de 45 años, de cada 100 mujeres que identifican anomalías en las mamas, 30% tienen una mama normal a la exploración y 6.5% pueden tener cáncer en etapas II y III. La autoexploración no se ha encontrado asociada con la disminución de la mortalidad en estudios a gran escala. ⁽⁸⁾.

En el caso del cáncer de mama lo más habitual es que la mujer de edad comprendida entre los 50 y los 55 años descubra por si misma un bulto mamario, no doloroso, de un tamaño que nos referirá como el de una aceituna, nuez, etc., de consistencia firme, de bordes imprecisos, y que en ocasiones retrae la piel ó el pezón.

Pasados seis meses, el nódulo ha duplicado su tamaño y frecuentemente está ya adherido a la piel. Transcurrido un año, puede aparecer un ganglio linfático axilar, grande, duro, a veces doloroso, que dificulta el movimiento del brazo. Al mismo tiempo, el nódulo primitivo habrá condicionado un edema de la piel adyacente (piel de naranja) y estará adherido en profundidad a la pared torácica.

Al cabo de varios meses, la mama se ulcera, se forma un mazacote adenopático axilar y frecuentemente aparecen signos demostrativos de metástasis a distancia, como tos y disnea por afectación broncopulmonar o bien dolores óseos, de preferencia en la columna vertebral. En este momento es muy frecuente la aparición de ganglios supraclaviculares homolaterales metastásicos, que ya se consideran como M1.

La muerte se aproxima tras anorexia, impregnación tóxica paraneoplásica, caquexia, pérdida de actividad física, narcosis y un progresivo estado de derrumbamiento global con propensión a todo tipo de infecciones, de las que son típicas las bronconeumonías que resultan terminales, y que están facilitadas por las metástasis pulmonares y por la inmovilización en cama, debida al cuadro general o a las fracturas patológicas, y con dolores óseos muy intensos. Los recientes conocimientos sobre biología tumoral y cinética celular, permiten afirmar que el cáncer de mama no es una enfermedad localizada, sino una enfermedad sistémica ya desde su inicio. En efecto esto no es sorprendente si consideramos que un nódulo mamario de 1 cm. de diámetro, ha experimentado ya treinta duplicaciones celulares y que, alcanzadas las cuarenta duplicaciones, sobreviene la muerte del paciente irremisiblemente. ⁽⁹⁾

Para hacer un diagnóstico temprano se ha reconocido la importancia de que el médico y el personal de enfermería del primer nivel de atención realicen las actividades de prevención primaria y secundaria, así como la detección de factores de riesgo, examen clínico de mama, mastografía e información-educativa a las mujeres, incluyendo la

enseñanza de la autoexploración mamaria. La realización de la autoexploración depende de diversos factores que pueden ser intrínsecos a la mujer por razones de edad, étnicos, socioculturales, antecedentes personales de cáncer de mama, económicos etc. Y otros factores relacionados con los profesionales de la salud, reportando que solo el 40% de las pacientes se realizan el autoexamen de mama. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

A diferencia de la tendencia descendente de la mortalidad por cáncer de cérvix, la tendencia de la última década en la mortalidad por el cáncer de mama ha tenido un discreto aumento. Los recursos para disminuir la mortalidad por este cáncer se limitan a la detección oportuna a través de la exploración manual de las mamas y la realización de la mamografía cada 2 años a partir de los 50 años o en mujeres más jóvenes cuando existen antecedentes familiares de cáncer de mama. En la actualidad se sabe que una gran parte de estos tumores son debidos a agentes externos y por lo tanto que son teóricamente evitables. La identificación de los factores de riesgo modificables y el mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad cancerosa han permitido establecer estrategias parcialmente efectivas de prevención primaria y secundaria. Un primer paso ha sido la puesta en marcha de numerosas campañas de difusión de las causas de cáncer y recomendaciones para evitarlo (Código Europeo Contra el Cáncer), esperando que contribuyan al éxito de los programas de prevención, aún sabiendo que un nivel óptimo de conocimiento no siempre se correlaciona con la conducta adecuada. Para la detección temprana de cáncer, la revisión de mama debe iniciar en las mujeres de 20 años de edad, y debe constar de examen clínico de pechos, asesoría en conocimiento de los síntomas, y mamografía regular después de los 39 años de edad. Los especiales históricos fundamentales en la evaluación de una masa en el pecho son la longitud en el tiempo en que la masa ha estado presente, la presencia de dolor, el cambio en el tamaño o la textura con el tiempo, relación con el ciclo menstrual y hundimiento del pezón. ⁽¹²⁾

Dentro de los factores de riesgo para cáncer mamario se encuentran: sexo femenino, mayor de 40 años, la menarca temprana, inicio de la vida sexual, la nuliparidad, la

paridad a edades tardías y la menopausia tardía, la no lactancia al seno materno, el uso de anticonceptivos, los antecedentes familiares de cáncer mamario, incluyendo edad a la que se detectó la patología, el pariente de grado constituyen un fuerte predictor de riesgo, ya que el riesgo se duplica. La susceptibilidad genética para cáncer de mama en la mujer es conferido por un gran número de genes, de estos seis han sido bien identificados, el BRCA1 y BRCA2 son los más importantes. La mutación de estos genes confiere alto riesgo de padecer cáncer de pecho. Los genes que han sido identificados explican aproximadamente el 20% de agregación familiar de riesgo, historia familiar en la que se estima que el riesgo aumenta de 1.5 a 3 veces si la madre o la hermana han sido diagnosticadas de cáncer de mama y que la probabilidad de presentar cáncer de mama a lo largo de la vida es del 30%. Con un gen autonómico dominante heredado al 50% de los hijos, la duración de su vida menstrual, aumenta el riesgo la vida menstrual mayor de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52, la menarquía tardía y la menopausia precoz disminuyen 20% el riesgo de aparición de cáncer de mama por cada año de retraso. Antecedente de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica). El primer parto después de los 30 años tiene un riesgo significativamente mayor. La mujer nulípara tiene un riesgo relativo de 1.4 veces mayor de ser diagnosticadas de cáncer de mama. El tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos en mujeres pos menopáusicas se asocia a un mayor riesgo de cáncer de mama, este riesgo tiene relación con la duración de la administración de hormonas exógenas, sugiriéndose un mayor riesgo en aquellas mujeres que reciben el tratamiento durante más de 7 años. Así mismo el consumo de anticonceptivos orales se asocia a un incremento del cáncer de mama respecto a las mujeres que nunca han recibido anticonceptivos orales, este riesgo se reduce paulatinamente después de suspender su consumo, y a los 10 años es equivalente al de las mujeres que nunca han recibido anticonceptivos orales. La obesidad. El consumo de grasas en la infancia y la adolescencia si podría guardar relación con el riesgo de padecer cáncer de mama. Existen estudios acerca de otros factores como las vitaminas A, C, E, el selenio, la cafeína sin que se haya determinado aumento o disminución en el riesgo de cáncer de mama en relación con dichas sustancias. El consumo de alcohol incrementa el riesgo

de cáncer de mama ya que el alcohol produce incremento en los niveles plasmáticos de estrógenos. ⁽¹³⁾.

Algunos factores protectores del cáncer de mama son: la lactancia, la actividad física, la edad temprana en el primer embarazo, paridad alta, lactancia prolongada, dieta enriquecida con frutas, verduras y grasas poli insaturadas omega-3 y algunos agentes químicos (tamoxifeno, inhibidores de COX-2 y de aromatasa), el asistir a un programa de detección, protegen contra el cáncer mamario. ⁽⁷⁻²¹⁾

Las estrategias son la prevención primaria y secundaria. La primera que modifica el riesgo, tiene un impacto limitado, ya que la mayoría de los factores para este cáncer no son modificables. Así los esfuerzos del sistema de salud deben enfocarse a la prevención secundaria o detección temprana, la cual permite un pronóstico favorable en el tratamiento de ésta enfermedad. La Norma Oficial Mexicana (NOM) 041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia epidemiológica del Cáncer de mama, publicada en el diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre del 2003, establece que todas las mujeres deben realizarse mensualmente autoexamen de mama, y que es responsabilidad del prestador de servicios la enseñanza de técnica de autoexploración. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La evidencia disponible indica que la autoexploración mamaria tiene una sensibilidad de 26 a 41% en comparación con el examen clínico y la mastografía ⁽¹⁶⁾.

Aún cuando recientes revisiones sistemáticas sobre ésta técnica han demostrado posibles riesgos como aumento de la ansiedad en la mujer, en el número de visitas al médico y en la proporción de biopsias negativas, los datos epidemiológicos indican que en México y otros países en desarrollo, la mayoría de los cánceres de mama son encontrados por la propia mujer. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, concluyó que, dependiendo de la técnica de enseñanza, se logra alrededor de 51 a 65% de las mujeres identifique al menos abultamientos de 0.5 a 1 cm. en el seno. ⁽²⁰⁾

Ha habido un incremento en la mortalidad por cáncer de mama: en el IMSS, en 1991 se registró a nivel Nacional una tasa de 10.6 defunciones por 100 mil mujeres, en tanto que, en el 2004 fue de 12.2. La autoexploración es esencial para un diagnóstico oportuno, por que si bien no toda lesión es maligna, de hecho el 80% son benignas, da la pauta para que haya una revisión clínica de manera exhaustiva y se descarte cualquier alteración. ⁽²¹⁻²²⁾

En el estudio cuasiexperimental del 2004 en Monterrey de la Enfermera Torres-Echavarría demostró que el 53% de las mujeres no acuden a realizarse la detección oportuna de cáncer mamario en ninguna institución. ⁽²³⁾

A través de la autoexploración hasta un 16% de las mujeres pueden buscar atención médica por síntomas mamarios. ⁽²⁴⁻²⁵⁾

ESTRATEGIA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD.

La Dirección de Prestaciones Medicas del IMSS ha diseñado una estrategia para el otorgamiento de Programas Integrados de Salud, que pretende unificar y sistematizar los criterios y procedimientos para la entrega de servicios educativos y preventivos en todas las áreas sustantivas de la salud. Se promovido la reorganización funcional de los servicios en las unidades de Medicina Familiar en un ejercicio pleno de autonomía de gestión. La estrategia general de PREVENIMSS consistió en cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales entre ellos el de mujeres de 20 a 59 años. En el año 2003 la población con derecho a los servicios del IMSS

(derechohabientes) que habían acudido a la Unidades de Medicina Familiar, para su adscripción a un médico fue de 32 989 006; del cual el 28.5% correspondió a mujeres de 20 a 59 años. ⁽²⁴⁾

Las masas en el pecho tienen una etiología variada, benigno o maligno. El Fibroadenoma es la masa de pecho benigna más común. El carcinoma ductal invasor es la maligna más común. La mayoría de las masas son benignas, pero el cáncer de mama es el cáncer más común. Aunque el cáncer de pecho es más frecuente en mujeres de 50 años y mayores, el 31% de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre 1996 y 2000 eran menores de 50 años. Una evaluación eficiente y exacta puede maximizar la detección de cáncer y minimizar la prueba superflua y los procedimientos. ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Se deben reforzar las acciones de detección que permitan un diagnóstico temprano y la disminución de la mortalidad. Con este propósito se requiere alcanzar coberturas mayores al 90% de la población axial como el diagnóstico y tratamiento adecuado de todas las mujeres sospechosas.

Sus objetivos son:

1. Elevar las coberturas de detección de Cáncer de Mama.
2. Identificar los tumores malignos de la mama en etapas tempranas.
3. Promover el diagnóstico y tratamiento oportuno que permita contener la tendencia ascendente de la mortalidad por cáncer mamario.

Los procedimientos son:

La detección de cáncer de mama efectuada a través de:

1. La autoexploración de la mama mensualmente a partir de los 20 años.
2. La exploración clínica de la mama, cada año a partir de los 25 años.
3. La mamografía, cada 2 años a partir de los 50 años.

CAPACITACIÓN DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE LA MAMA:

La capacitación y verificación de la autoexploración la realiza el personal médico y de enfermería.

Es la que se practica a si misma la mujer, se debe realizar cada mes a partir de la edad de 20 años. El periodo más adecuado es del 7º al 10º día del inicio de la menstruación. En las mujeres posmenopáusicas o con histerectomía, se recomienda la autoexploración el primer día de cada mes o en un día fijo elegido por ellas.

Técnica de la autoexploración de mama:

Tiene dos procedimientos: la observación y la palpación.

Observación:

Busque hundimientos, inflamación enrojecimiento, ulceraciones en la piel: desviación de la dirección o retracción del pezón o de otras áreas de la piel, así como cambios de la forma o del tamaño de los pechos en las siguientes posiciones:

A) Parada frente a un espejo, con el pecho desnudo, coloque los brazos a lo largo del cuerpo y observe.

B) Junte sus manos detrás de la nuca, ponga los codos hacia delante y observe.

C) Con las manos en la cintura, inclínese hacia delante y empuje los hombros y los codos hacia delante (tiene que sentir el esfuerzo en los músculos del pecho), y observe.

Palpación:

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

A) De pie frente al espejo o durante el baño, levante su brazo izquierdo y ponga la mano en la nuca, con la yema de los dedos de la mano derecha revise toda su mama izquierda firme y cuidadosamente, haciendo pequeños círculos de dentro hacia fuera. Preste especial atención a la parte externa del pecho que esta junto a la axila.

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

C) Haga el mismo procedimiento con la mama derecha.

D) Acostada sobre su espalda, con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo de su hombro izquierdo, ponga su brazo izquierdo detrás de su cabeza y

con la mano derecha revise todo el seno izquierdo de la misma forma en que lo hizo parada.

E) Haga lo mismo para revisar el pecho derecho. ⁽²⁴⁾

TABLA MUJERES DERECHOHABIENTES EN EDAD DE RIESGO PARA PADECER
 CANCER DE MAMA, ADSCRITAS A LA UMF2 DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 2 DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008		
GRUPOS DE EDAD	NO. DE MUJERES ADSCRITAS A LA UMF2	NO. DE MUJERES ADSCRITAS AL CONS 2M
20 – 24 años	3 454	56
25 – 29 años	5 061	83
30 – 34 años	6 296	105
35 – 39 años	5 764	99
40 – 44 años	5 281	89
45 – 49 años	5 261	78
50 - 54 años	4 775	73
55 – 59 años	4 168	64
Total	40 060	647

ARIMAC UMF 2 IMSS

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De los 10 millones de muertes anuales que ocurren en el mundo por cáncer, 10 % corresponde al de mama, cifra que lo ubica como primer motivo principal de fallecimiento en las mujeres. ⁽¹⁰⁾

En México, la magnitud del problema se puede explicar cuando se conoce, por un lado que para el año 2020 el número de mujeres de 25 años o más (edad de riesgo para presentar cáncer de mama) alcanzará los 29.7 millones y, por otro lado, que el porcentaje de mujeres en quienes se hace el diagnóstico oportuno no supera 10 % y la utilización de los servicios de detección oportuna de cáncer mamario no sobrepasa el 55%. ⁽⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a la detección temprana como la única medida cuyo resultado se refleja en un incremento del tiempo de supervivencia y la reducción de la mortalidad por este padecimiento. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La mayor parte de la información que contiene la Encuesta Nacional de Salud 2000, fue obtenida mediante cuestionarios y reporta en el rubro de uso de programas preventivos como la Detección de Cáncer de Mama. El 10% de las mujeres encuestadas se realizaron la detección de cáncer de mama, casi 40 % de estas mujeres acudieron a instalaciones médicas del IMSS, 27.8% fueron a la SSA y 17% a servicios privados. El 19.8% de las mujeres que acudieron a detección de cáncer de mama lo hicieron por que presentaban molestias. El 4.2% recibieron un diagnóstico de de cáncer de mama y el 75.1% de estas refirieron estar recibiendo tratamiento al momento de la encuesta. ⁽²⁸⁾

En ese sentido, de continuar las condiciones actuales, es decir, un crecimiento lento pero constante de la mortalidad por cáncer de mama, la tendencia permite prever que la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, para el nivel nacional, seguirá incrementándose en el grupo de mujeres de 25 años y más. ⁽⁶⁾.

Lo que nos lleva a plantear la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el nivel de conocimientos que tienen las mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF 2 sobre la Detección Oportuna de Cáncer Mamario?

5.- JUSTIFICACIÓN.

Se creó la especialidad en Medicina Familiar como una estrategia para otorgar atención integral a los derechohabientes. Una de las funciones básicas del Médico Familiar (MF) es la prevención, haciendo énfasis en las intervenciones anticipadas y tempranas. Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el programa de Detección y atención Integral del Cáncer de Mama es un programa médico prioritario encaminado a mujeres de 20 a 69 años de edad. Este contempla entre otros aspectos promoción de la salud autoexploración, exploración clínica. El diagnóstico situacional de este programa se puede resumir en la utilización de servicios preventivos es de 77.5%. ^(28-29-30-31-32.)

Al parecer, la incidencia del cáncer de mama varía de región a región: más alta en Estados Unidos, Canadá y Australia, con una tasa de incidencia estandarizada por edad mayor de 90 por cada 100 mil mujeres, en comparación con 48 por cada 100 mil en América del Sur y Europa, y menos de 20 por cada 100 mil en Asia del este. De los 10 millones de muertes anuales en el mundo por cáncer, 10 % corresponde al

de Mama, cifra que lo ubica como primer motivo principal de fallecimiento en las mujeres.⁽³⁾

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más importante que afecta a las mujeres mexicanas. A diferencia de la tendencia descendente de la mortalidad por cáncer de cérvix, la tendencia de la última década en la mortalidad por el cáncer de mama ha tenido un discreto aumento.

Los recursos para disminuir la mortalidad por este cáncer se limitan a la detección oportuna a través de la autoexploración, exploración clínica de las mamas y la realización de la mamografía cada 2 años a partir de los 50 años o en mujeres más jóvenes, cuando existen antecedentes familiares de cáncer de mama.⁽¹⁷⁻⁴⁰⁾

La detección oportuna del cáncer de mama involucra a la mujer que es la que realiza la primera etapa de la estrategia, que es la autoexploración de mama y los servicios de salud, proporcionan la infraestructura para que se realice el examen clínico de mama, que es la segunda etapa, pero que conocimientos tiene la mujer en riesgo para saber cómo esta organizada esta detección, cuándo realizarse la autoexploración o el examen clínico, cómo se utilizan los servicios de salud, que factores de riesgo presenta para echar a andar esta maquinaria. Por lo que es preciso realizar controles en forma continua ya que el programa sigue teniendo una baja penetración en la población, ya que la proporción de mujeres mayores de 20 años que acudieron a realizarse la prueba no alcanzo al 10 % del grupo Nacional. En 2006 se registraron 4 mil 440 defunciones en mujeres de 25 años y más, lo que equivale, a que 12 mujeres por cada día están muriendo por cáncer mamario, el 52.3 por ciento de ellas sin seguridad social. Lo que implica, que las mujeres que no cuentan con acceso a servicios de salud son las que están en más riesgo de morir por esta enfermedad, en comparación con las que sí los usan. En los últimos siete años el cáncer de mama no ha aumentado en las mujeres de 40 a 49 años ya que la tendencia de la enfermedad va a la baja, no así para el grupo de 50 a 69 años de edad, donde se incrementa la tendencia de mortalidad. En 17 estados de la República Mexicana, el cáncer cérvicouterino continúa siendo muy importante,

pero empieza a haber un incremento en los casos de cáncer de mama en el resto de las entidades federativas, principalmente en el Centro como en Jalisco, Estado de México e inclusive el Distrito Federal y los del sur del país. Según datos del registro histopatológico de neoplasias malignas, de la Secretaría de Salud, las entidades federativas con altas tasas de mortalidad por Cáncer de mama son Coahuila, Colima, Nuevo León, Nayarit, Jalisco y Tamaulipas. No obstante, desde 1990 y hasta 2006, según consta en esta misma fuente, no se ha podido reducir la tasa de mortalidad por este cáncer en Veracruz, Nuevo León, Jalisco, Distrito Federal, Chihuahua y San Luis Potosí. En el IMSS de enero a agosto del 2008 se reportaron 930 defunciones por cáncer de mama, 529 mujeres de 20 a 59 años de edad, y 391 de 60 y más años, correspondiendo al Distrito Federal 117 defunciones, en la Delegación Norte a la cual pertenece la UMF 2 se presentaron 61 defunciones. ⁽³⁷⁾

6.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimientos que tienen las pacientes sobre la detección oportuna de cáncer de mama.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar el nivel de conocimientos que tienen las pacientes sobre la detección oportuna de cáncer de mama a través de saber cuales son las condiciones para realizar la autoexploración de mama.

2. Identificar el conocimiento acerca del uso de los servicios de salud para la detección de cáncer de mama, por medio de la solicitud en medicina familiar y/o Prevenimss del examen clínico de mama.
3. Identificar el nivel de conocimientos que tienen las pacientes sobre factores de riesgo para padecer cáncer de mama.

7.- HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere de hipótesis.

8.- METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional: porque el investigador no podrá modificar de forma intencional las variables.

Descriptivo: se estudia un solo grupo, no se hacen comparaciones.

Transversal: no se hace seguimiento, las variables son medidas por una sola vez.

Retrospectivo: Ya que las pacientes en el momento de la encuesta ya traen los conocimientos.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.2, del IMSS la cual forma parte del Primer Nivel de Atención Médica en la Delegación Norte del Distrito Federal; en el área de consulta externa de Medicina Familiar.

La Unidad se encuentra ubicada en Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 colonia Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc del D. F. Cuenta con 30 consultorios, turno matutino y vespertino, otorga los servicios de Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Odontología, Medicina del Trabajo, Fomento de la Salud, Planificación Familiar, Trabajo Social, Laboratorio, Radiología, Farmacia, Curaciones, Nutrición, ARIMAC y Control de Prestaciones El inmueble se distribuye en 4 niveles.

Tiene un área de influencia de 34 colonias, la población adscrita a la unidad es de 199,701 y a medico familiar de 126,167.

La recolección de la información se realizará en el periodo del 01 al 31 de mayo del 2008

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se utilizó muestreo no probabilístico de casos consecutivos, utilizando la fórmula $N = \frac{pq}{e^2}$, se calculo el tamaño de la muestra en 200 unidad de análisis.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes de 20 a 59 años de edad

Sexo femenino

Turno matutino

Acudan a consulta en el periodo del estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION:
Que no acepte participar en estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:
Que no contesten el cuestionario en forma completa
Motivo personal que impida contestar la encuesta

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR.

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE DE	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	PERÍODO TRASCURRIDO EN AÑOS DESDE LA FECHA DE NACIMIENTO HASTA EL MOMENTO DEL ESTUDIO	AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE APLICAR EL CUESTIONARIO	CUANTITATIVA	RAZÓN ALEATORIA CONTINUA 50-54, 55-59, 60 O MÁS
ESCOLARIDAD	CONJUNTO DE CURSOS FORMALES QUE UN ESTUDIANTE SIGUE EN UN ESTABLECIMIENTO DOCENTE.	NIVEL EDUCATIVO QUE UNA PERSONA POSEE	CUALITATIVA	ORDINAL
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES	DESTREZAS ACTITUDES Y HABILIDADES QUE SE LOGRAN ADQUIRIR PARA MANTENER Y MEJORAR LA SALUD.	CANTIDAD DE RESPUESTAS CORRECTAS AL CUESTIONARIO VALIDADO EN BASE A TRES NIVELES 1 CONOCIMIENTO DE DETECCIÓN OPORTUNA 2 UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD 3 FACTORES DE RIESGO	CATEGÓRICA	BUENO 9-10 REGULAR 6-8 MALO 0-5

METODO Y PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Previa aprobación del proyecto por el comité de investigación se presentó el trabajo a las autoridades correspondientes de la unidad. Proporcionando un cuestionario previo consentimiento informado a las pacientes que se encontraron en sala de espera.

ANALISIS DE DATOS.

Una vez aplicadas las encuestas se procedió a vaciar la información obtenida en una hoja de concentrado excel, procediendo al análisis de la misma, se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y proporciones para variables categóricas, medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas discretas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio es factible porque se cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización.

El Informe Belmont :

En 1972, el público se enteró del estudio de Tuskegee, realizado en el sur de los Estados Unidos entre 1932 y 1972. En vez de dar tratamiento, se siguió el curso de la sífilis latente en más de 400 hombres enfermos. El estudio continuó negando tratamiento a los hombres inclusive después que se descubrieron antibióticos en los años 40. Este estudio fue aún más infame porque todos los participantes eran afro americanos pobres; es decir, pertenecían a un grupo desfavorecido del sur de los Estados Unidos en esa época.

Como consecuencia de esto, en 1974 se estableció la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual (National

Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research). En 1978, la comisión presentó su informe titulado Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos.

Los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia son aceptados como los tres principios fundamentales para la realización ética de investigaciones con seres humanos.

No tiene impedimento ya que no se ve afectada en ningún momento la integridad del paciente y se respeta la Declaración de Helsinki: Reconociendo los efectos del Código de Nuremberg. La Asociación Médica Mundial creó la Declaración de Helsinki en 1964 considerada por muchos como el primer estándar mundial de investigación biomédica, este documento proporciona protección adicional a personas con autonomía limitada e insiste que los médicos e investigadores que aceptan sus propios pacientes sean precavidos.

Al centro de la declaración está el principio de que se debe dar preferencia al bienestar del participante sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. También recomienda el uso de formularios de consentimiento por escrito.

La revisión más reciente de la Declaración de Helsinki fue en año 2000, en esta se ha limitado el uso de controles con placebos a circunstancias especiales y se recomienda no usarlos en los casos en que exista un método profiláctico, terapéutico o diagnóstico de eficacia comprobada. La revisión actual también exige acceso a los beneficios para todos los participantes del estudio.

Declaración Universal de Derechos Humanos:

Fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Para darle fuerza legal y moral a la Declaración, la Asamblea General aprobó en 1966 el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El artículo 7 del Pacto establece que

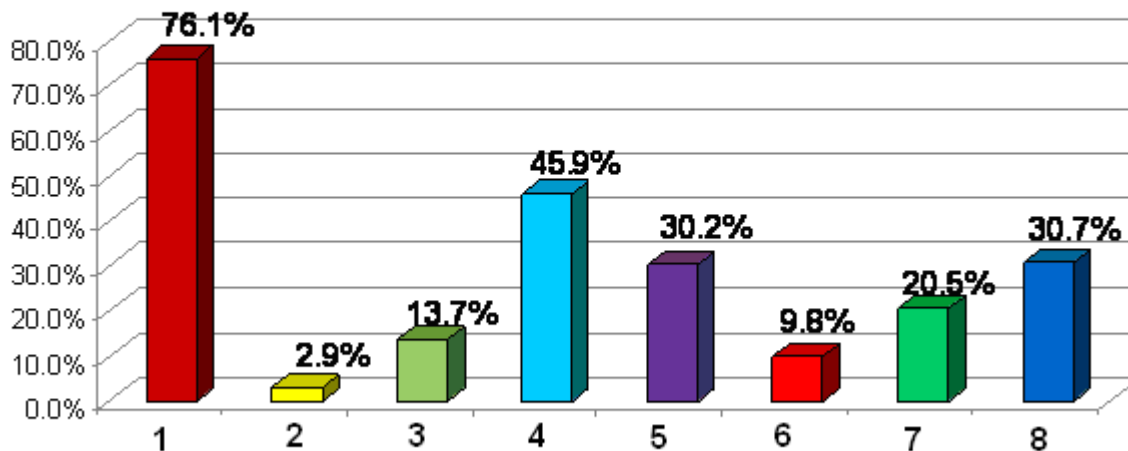
“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”. Justamente, a través de esta declaración, la sociedad expresa el valor humano fundamental considerado para guiar toda investigación en seres humanos: la protección de los derechos y bienestar de todos los sujetos humanos en experimentación científica.

En base a las consideraciones anteriores el presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Secretaría de Salud 1987, Título Segundo, Artículo 16 (privacía), Artículo 17 Fracción I (aplicación de cuestionarios e investigación sin riesgo).

9. RESULTADOS

TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS: GRAFICA 1

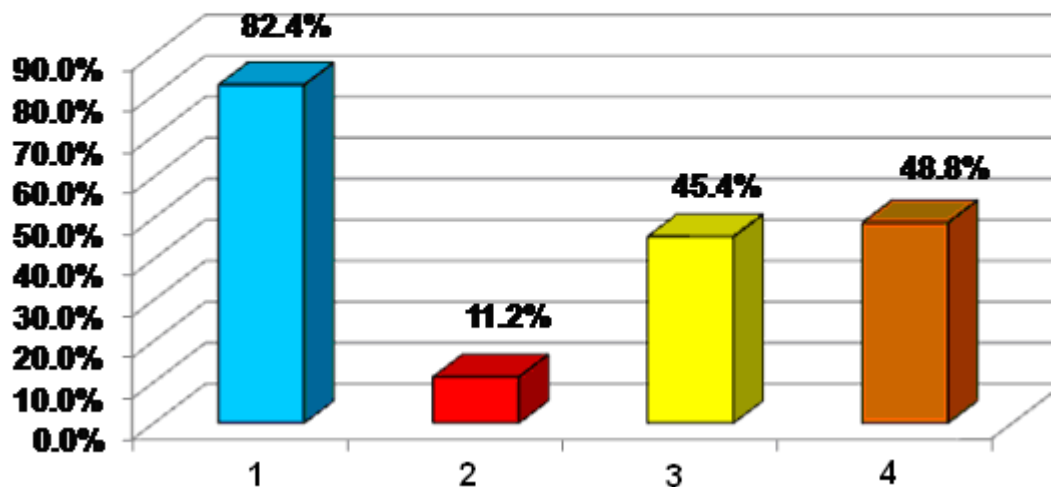
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DETECCIÓN DE CANCER DE MAMA POR AUTOEXPLORACIÓN



NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE DETECCION DE CANCER DE MAMA POR AUTOEXPLORACIÓN	
PREGUNTA	PORCENTAJE
1.- Si conoce el auto examen de mama	76.1%
2.- El auto examen de mama se debe iniciar a partir de los 20 años de edad.	2.9%
3.- Adquirió estos conocimientos a través de medios masivos de comunicación	13.7%
4.- La frecuencia con que debe efectuarse la autoexploración de mama es mensual.	45.9%
5.- No toman en cuenta momento del ciclo menstrual debe realizarse la autoexploración de mama	30.2%
6.- Si existe relación entre el cáncer mamario y lactancia materna	9.8%
7.- La mayoría de las tumoraciones de mama son benignas	20.5%
8.- la exploración clínica de mama es anual	30.7%

TABLA 1 N= 204 Unidades de análisis

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DE SERVICIOS DE SALUD PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA

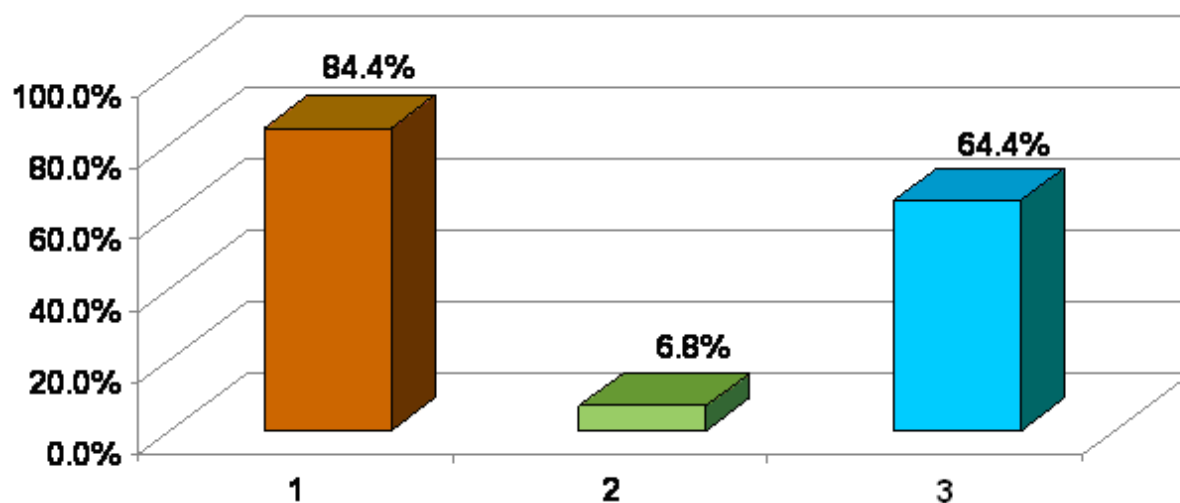


GRAFICA 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA DETECCION DE CANCER DE MAMA, POR EXAMEN CLÍNICO DE MAMA	
PREGUNTA	PORCENTAJE
1.- Refiere que le han enseñado como examinarse las mamas	82.4%
2.- Recibió esta información del personal de salud	11.2%
3.- El personal de enfermería o los servicios auxiliares de medicina preventiva deben de realizar el examen clínico de mama	45.4%
4.- Se efectuó el examen de mama por el personal de salud hace un año o menos.	48.8%

TABLA 2 N= 204 unidades de análisis

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR CÁNCER DE MAMA



GRAFICA 3

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR CÁNCER DE MAMA	
PREGUNTA	PORCENTAJE
1.- No tienen familiares que padezcan o hayan padecido cáncer de mama	84.4%
2.- Refieren haber padecido personalmente cáncer de mama	6.8%
3.- Dieron lactancia materna	64.4%

TABLA 3 N= 204 unidades de análisis

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS:

La muestra esta constituida por 204 mujeres (N = 204), mayores de 20 años escogidas al azar aplicando la encuesta con la que se obtuvieron los siguientes resultados:

1. El 84.4% respondió que no tienen familiares que padezcan o hayan padecido cáncer de mama.
2. El 6.8% de las entrevistadas refieren haber padecido personalmente cáncer de mama.
3. El 76.1% de las mujeres encuestadas dice conocer el auto examen de mama.
4. Solamente el 2.9% de las entrevistadas sabe a partir de que edad se debe realizar la revisión de mama.
5. El 82.4% refiere, que le han enseñado como examinarse las mamas.
6. De las mujeres entrevistadas, el 13.7% refiere haber adquirido estos conocimientos a través de medios masivos de comunicación.
7. Sin embargo, sólo el 11.2% refiere haber recibido esta información del personal de salud.
8. Por otro lado, el 45.9% de las pacientes entrevistadas, refieren que, debe efectuarse la revisión mamaria en forma mensual.
9. Importante es hacer notar que el 30.2%, no toman en cuenta el momento del ciclo menstrual en que se debe realizar el auto examen de mama.
10. El 64.4% de las pacientes, refieren que dieron lactancia materna, lo cual es un factor protector para el cáncer de mama.
11. Sin embargo, sólo el 9.8% de las pacientes, tienen conocimiento de que la lactancia es un factor protector para el cáncer de mama.
12. Tienen conocimiento adecuado, sobre si la mayoría de las tumoraciones de mama son benignas, el 20.5% de las mujeres encuestadas.
13. El 30.7% de ellas, contesta que la exploración clínica de mama se debe realizar anualmente,

- 14.E indican el 45.4%, que el examen clínico de mama lo debe de realizar enfermería, o los servicios auxiliares de Medicina Preventiva.
15. Importante es recalcar que el 48.8%, refiere que se efectuó el examen de mama por personal de salud hace un año o menos.

10.-DISCUSIÓN

La bibliografía consultada reporta que en mas de la mitad de la población estudiada tiene conocimiento mayor del 50% ⁽¹⁷⁾. En nuestro estudio en lo que respecta al eje nivel de conocimientos acerca de la auto exploración de mama, dos terceras partes de las mujeres dicen conocer el auto examen de mama, sin embargo solo el 2.9% reporta que debe iniciar a la edad de 20 años ⁽⁷⁾., 45.9% conoce que la frecuencia es mensual ⁽⁷⁾., 30% no toma en cuenta el ciclo menstrual para realizar autoexploración ⁽⁷⁾., 9.8% identifica una relación entre lactancia y cáncer de mama ⁽⁷⁾., 20.5% menciona que la mayoría de las tumoraciones de mama son benignas ⁽¹³⁾., coincidiendo con otros autores en que la mayoría de las tumoraciones de mama son malignas ⁽¹⁰⁾, el 30.7% señala que la frecuencia de la exploración clínica de mama es anual, estos resultados indican el desconocimiento que existe.

En lo que respecta al eje de nivel de conocimientos acerca del uso de los servicios de salud para la detección de cáncer de mama por medio del examen clínico de mama, de los resultados obtenidos por fuentes de información institucionales se identifica que las detecciones han aumentado, la Encuesta Nacional de Salud ⁽²⁸⁻⁴⁰⁾ reporta que el 15% por ciento de las encuestadas refiere haberse hecho la detección en el último año, en nuestro estudio el 48.8% se realizó examen clínico de mama hace 1 año o menos. El 82.4% dice le han enseñado como examinarse las mama pero sólo el 11.2% recibió esta información del personal de salud; el 45.4% refiere el personal de enfermería o los servicios auxiliares de medicina preventiva deben de realizar el examen clínico de mama, aún cuando el 48.8% de las encuestadas acuden con una frecuencia anual a realizarse el examen clínico de mama, mas del cincuenta por ciento no lo realiza, ocasionando una subutilización de los servicios preventivos de salud. ⁽⁶⁻⁸⁻²⁵⁻²⁸⁻⁴⁰⁾

Respecto al estudio del eje nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer de mama, un metaanálisis de 54 estudios epidemiológicos reporta el incremento de 24% en el riesgo para desarrollar cáncer de mama en mujeres con antecedente familiar de la enfermedad ⁽⁷⁻¹³⁾, en el presente estudio las pacientes encuestadas interpretan el no tener familiares con cáncer de mama equivale a no tener riesgo en el 84.4% y el 64.4% dieron lactancia materna, sin tener el conocimiento de que es un factor protector

para cáncer de mama ⁽²¹⁾. El 6.8% refieren haber padecido personalmente cáncer de mama.

En la bibliografía encontramos que se puede dividir en tres ejes el problema de detección de cáncer mamario a saber:

a) Nivel de conocimientos de detección de cáncer de mama por autoexploración. (3,10,11,12,14,15,17,18,19,20,22,23,24,y 25). Se determina una calificación para este eje del 23.73%

b) Nivel de conocimiento del uso de los servicios de salud para detección de cáncer de mama por programa Prevenimss (3,14,15,16,24,25,28,29,30,31,32). Se determina una calificación para este eje de 49.45%

c) Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo para detección de cáncer de mama (4, 7, 14, 15, 21,38). Se determina una calificación global para este rubro del 51.87%.

El promedio de calificación de los tres ejes esta en 42.51% lo que indica que se obtuvo un nivel malo de conocimientos que tienen las mujeres sobre la detección de cáncer de mama.

En este estudio se muestra la necesidad de incrementar la labor educativa por parte del equipo de salud, ya que el mayor porcentaje 88% de las mujeres encuestadas tienen desconocimiento sobre la autoexploración de mama, coincidiendo con otros autores, ⁽¹⁰⁻²³⁾

11.- CONCLUSIONES.

Los dos primeros ejes (Detección y Uso de los servicios de salud) están por debajo del 50% global, y el tercer eje (factores de riesgo) en el 51.87%, lo que indica que el conocimiento es malo, por lo que se deben implementar estrategias para que la mujer conozca:

- Cómo debe realizarse la detección de cáncer de mama.
- Cómo realizar la auto exploración.
- Cuales son las condiciones ideales para realizarse la autoexploración de mama y el examen clínico de mama.
- A que edad debe iniciar a explorarse las mamas.
- Como obtener conocimiento por personal médico y no por los medios de comunicación.
- Que debe explorarse en forma mensual.
- El momento del ciclo menstrual ideal para la exploración.
- Que la lactancia es un factor protector
- Que la mayoría de las tumoraciones de mama son benignas.
- Que debe acudir a Prevenirss cada año a su exploración mamaria de rutina.
- Reconozca los factores de riesgo personales y familiares.

La educación a las mujeres debe incluir información sobre la enfermedad, incidencia, factores de riesgos, datos de alarma, beneficios y limitaciones de los métodos de la detección del cáncer de mama (autoexploración mamaria y examen clínico de mama), que les permita acudir al médico oportunamente y puedan tomar decisiones informadas. Concluyendo que existe desconocimiento de las mujeres para: realizar las acciones de detección oportuna, para acudir a utilizar los servicios de detección otorgados por los servicios de salud y para reconocer factores de riesgo. Es indispensable identificar a la población en riesgo, intensificar la demanda por parte de la población usuaria; las mujeres deben incorporar esta medida preventiva como un elemento central en el cuidado de su salud.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Secretaría de Salud. Información para la rendición de cuentas. Salud México 2002. México: SSA; 2003
2. Alternativas preventivas en cáncer de mama, Ruísánchez PN, Revista del Instituto Nacional de Cancerología, Mex. 2000; 46 (4): 232 - 236
3. Collyar DE. Breast cancer: a global perspective. J Clin Oncol 2001; 19:101-105.
4. Secretaría de Salud. Tratamiento gratuito para personas que padecen cáncer de mama. Comunicado de prensa 058. México: SSA; 2005. Disponible en http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2005-02-12_1207.html
5. Secretaria se Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. México. Dirección General de Epidemiología, SSA; 2001.
6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
7. Torres-Arreola L. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev. Med. Inst Mex Seguro Social 2007; 45 (2): 157-166.
8. Cáncer de la mama, detección, IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas.
9. Montero Ruiz J. Cáncer de Mama: generalidades, epidemiología, factores de riesgo, cáncer de mama esporádico, cáncer de mama familiar, cáncer de mama hereditario, clasificación TNM. Tomado de <http://www.uninet.edu>
10. Hernández Costales I. Acanda Díaz M. Rodríguez Torres C. Exploración del conocimiento sobre el auto examen mamario. Revista Cubana de Enfermería 2003;19(3):159-63
11. Coughlin L. American Family Physician. Lanzamiento de las pautas anuales de la Sociedad Estadounidense de Cáncer para la detección temprana del cáncer. 1 de junio de 2005. Tomo 71, N11; PG. 2202. Kansas City.

12. Cabeza E. Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca, respecto al cáncer. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 63, No. 4, Madrid jul. /ago. 1999.
13. Villanueva A. Práctica de la Autoexploración Mamaria en mujeres funcionarias. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en Administración Pública*. S.E.S.L.A.P. 2002. Vol. 1 No. 6
14. Pruthi S. *Mayo Clinic Proceedings*. Rochester: jun. 2001. Tomo 76 No. 6; pg. 641.
15. Thompson D., Easton D. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*. Dordrecht: Jul. 2004. Tomo 9, No. 3; pg. 221.
16. Poblano V. O., Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México (On Line)*. 2004, vol. 46, no. 4, pp. 294 – 305.
17. Vargas-Sumano AE. Autoexploración Mamaria: ¿Cuál es el nivel de conocimientos de las mujeres Adultas? *Desarrollo Científ. Enferm*. 2006 junio, 14(5).
18. Humphrey LL, Chan BKS, Deglefsen, Screening for breast cancer. *Systematic Evidence review* 15.
19. Baxter N. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self- examination examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 2001; 164 (13):1837 – 1846.
20. Pinto B, Fugua WR. Training breast self examination: a research review and critique. *Health educ Q* 1991; 18: 495 – 516.
21. Assaf A, Cummings MK, Graham S, comparison of three methods of teaching women how to perform breast self examination. *Health educ Q* 1985; 12; 259-272.
22. Ortega-Altamirano D, Estrategias para la enseñanza de autoexamen del seno en las mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública de México* 2000; 42: 17-25.
23. Torres- Echevarria E., Aprendizaje significativo de mujeres entre 20 y 59 años ante la autoexploración de mama, *Rev. Enferm IMSS* 2004; 12 (3): 131-135.

24. Ha habido un incremento de la tasa de mortalidad por cáncer de mama, [Mediks.com/salud y vida/notisalud/nota/artículo 3927_seccion 17](http://Mediks.com/salud_y_vida/notisalud/nota/articulo_3927_seccion_17)
25. Guía Técnica 2004 IMSS para la detección y atención integral del cáncer de mama.
26. García-Peña C. La medicina familiar en los albores del siglo XXI, Editorial CAMS, 2006; 203-206.
27. Versión Panamericana del método de Stepwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas v.2.0
28. Encuesta Nacional de Salud 2000
29. Ramírez Sánchez Teresita de J. Nájera Aguilar P, Nigueda López G. Percepción de la Calidad en la Atención de los servicios de Salud en México: Perspectiva usuarios; Salud Pública Méx., 1998; 40:3-12
30. Guzmán MA, Ramos-Córdova LF, Castañeda-Sánchez O, López del Castillo-Sánchez D, Gómez-Alcalá AV. Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar Rev. MED Inst. Mex. Seguro Soc 2006; 44(1):39-45
31. Hernández-Leyva B, García-Peña C, Anzures-Carro R, Orozco-López M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. Rev. MED IMSS 2002; 40(5):373-378.
32. Villalpando Gutiérrez J. Ética Médica Rev. Médica IMSS (Méx.) 1991, vol. 29 No.1 Pág. 5-12
33. Aguirre Gas M et al. Calidad de la Atención Médica Conferencia interamericana de Seguridad Social, 1997 Cáp. XI tercera edic. En prensa; Págs. 1-25 Encuestas de opinión.
34. Fortalecimiento Directivo de los Servicios de Salud en el IMSS. Bibliografía complementaria: La calidad de la Atención a la Salud. Cáp. 8 Pág.13 FUNSALUD
35. Hernández Echevarría ML, autoexamen mamario: exploración de conocimientos en mujeres atendidas por médicos de Familia, Rev. Cubana Med. Gen Integr.1992;8(1):165-70

36. Dra. Karen Ingrid Delgado Latapie, Dra. Daniela Yanina Morales Nivel de conocimiento: auto examen mamario experiencia en dos facultades de la Universidad Nacional del Nordeste Corrientes Argentina revista de post grado de la Vía Cátedra de Medicina, No. 140. Diciembre del 2004
37. Información Estadística en Salud, Defunciones por cáncer de mama de enero a agosto del 2008
http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Tabla.aspx?ID=SCRM07_01_00_00_08&OP=opc02&SRV=M00-1
38. ARIMAC, UMF2 DEL IMSS
39. http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/produccion/CdTecnicos/cancer/SCDo_15PDF
40. Gómez D.H, Detección de cáncer de mama en las mujeres derechohabientes del IMSS, Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, IMSS Dirección de Prestaciones Médicas

13.- ANEXOS

ANEXO 1

Datos de la Encuesta: se utilizará la encuesta validada, de

Exploración de Conocimientos sobre el auto Examen mamario, publicada en la Revista Cubana de Enfermería, en el año 2003, Volumen 19(3): 159 – 163. Lic. Isabel Hernández Costales. Enfermera Maritza Aconda Díaz. Enfermera Caridad Rodríguez Torres, ⁽³⁵⁾.

Nivel de conocimiento: auto examen mamario experiencia en dos facultades de la Universidad Nacional del Nordeste Dra. Karen Ingrid Delgado Latapie, Dra. Daniela Yanina Morales, ⁽³⁶⁾. De la versión panamericana del método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas ⁽³⁷⁾.

Consta de 17 preguntas:

- 1.- peso
2. estatura
- 3.- grado de estudios
- 4.- Algún familiar ha padecido cáncer de mama SI_____ NO_____
- 5.- Padece o ha padecido cáncer de mama
SI_____ NO_____.
- 6.- Conoce el auto examen de mama.
Sí _____ No _____.
- 7.- A partir de que edad se lo debe de realizar _____.
- 8.- Le han enseñado como examinarse los pechos.
Si_____ No_____.
- 9- A través de que vía obtuvo la información.
_____ Televisión.
_____ Radio.
_____ Médico y Enfermera.
_____ No lo conoce.
_____ Otros (cuál).
- 10.- Frecuencia con que se realiza el auto examen de mama.
_____ No lo realiza.
_____ Diario.
_____ Semanal.
_____ Mensual.
_____ Ante algún síntoma
- 11.- Momento del ciclo menstrual en que se lo realiza.
_____ No lo realiza.

- Antes de la menstruación.
 Después de la menstruación.
 No tiene en cuenta el ciclo.
- 12.- Le ha dado pecho a sus hijos.
 Si
 No
 Solo a uno o a algunos
- 13.- Relación entre el cáncer mamario y lactancia materna.
 No se relaciona.
 El cáncer es mas frecuente en las que lactan.
 El cáncer es menos frecuente en las que lactan
- 14.- Considera que la mayoría de las tumoraciones de mama son:
 Malignos.
 Benignos.
 No conoce.
- 15.- Cada cuándo se lo deben de realizar.
_____.
- 16.- Quien le debe realizar el examen clínico de mamas.
_____.
- 17.- Cuándo fue la última vez que el personal de salud le hizo un examen de los pechos.
 Hace un año o menos.
 Entre uno y dos años.
 Hace mas de 2 años.
 Nunca.
 No recuerda

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

México, D. F. a ____ de _____ 2008

Por medio de este documento se le invita a participar en un proyecto de investigación dirigido a los pacientes sobre Nivel de conocimientos sobre la detección oportuna de cáncer de mama, en el cual se responderán 17 preguntas de un cuestionario. La información proporcionada será estrictamente confidencial.

Por este conducto, yo _____ declaro que se me ha invitado a participar en la investigación que se, realizará en esta Unidad explicándome ampliamente el motivo de estudio, así como la manera en que participare.

Por lo tanto acepto participar en el estudio Nivel de Conocimientos sobre la Detección Oportuna de Cáncer de Mama.

Nombre y firma del Paciente

Nombre del Investigador, matrícula y firma

Testigo, nombre y firma

Testigo, nombre y firma

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Búsqueda de Información Bibliográfica	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10
Realización de Protocolo de Investigación										
Pilotaje de Cuestionario de Investigación										
Aplicación de Cuestionario										
Introducción de información en base de datos										
Análisis de Datos										
Reporte Final por Escrito										