

Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia)

Fred Gustavo Manrique Abril¹
 Juan Manuel Ospina Díaz²
 Nancy Astrid Vega Fuentes³
 Adriana Lisset Morales Pacheco⁴
 Giomar Herrera Amaya⁵

Resumen

- 1 Enfermero y Doctor en Salud Pública. Profesor de la Facultad de Enfermería de Universidad Nacional de Colombia y de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia de Tunja (UPTC), Colombia. email: fgma75@hotmail.com
- 2 Médico Magíster en Epidemiología. Profesor Titular de la Escuela de Medicina de la UPTC de Tunja, Colombia. email: juan.ospina@uptc.edu.co
- 3 Enfermera. Facultad de Enfermería de UPTC de Tunja, Colombia. email: nanyavf@gmail.com
- 4 Adriana Lisset Morales Pacheco. Facultad de Enfermería de UPTC de Tunja, Colombia. email: adrimor82@yahoo.es
- 5 Enfermera Magíster en Atención Primaria en Salud. Profesora Auxiliar de la Escuela de Enfermería de la UPTC de Tunja, Colombia. email: giomymar.herrera@hotmail.com

Subvenciones y ayudas: artículo derivado de la investigación "Factores asociados a la práctica incorrecta del autoexamen de mama, en mujeres de Tunja-Boyacá, realizada por el Grupo de investigación en salud pública de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia de Tunja, Colombia.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 24 de abril de 2011.

Fecha de aprobado: 13 de diciembre de 2011.

Cómo citar este artículo: Manrique FG, Ospina JM, Vega NA, Morales AL, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012;30(1): 18-27.

Objetivo. Determinar los factores asociados con una ejecución correcta del autoexamen de mama (AEM) en mujeres adultas residentes en Tunja, Boyacá (Colombia). **Metodología.** Estudio epidemiológico de tipo transversal, realizado en 2009. Mediante muestreo aleatorio estratificado polietápico, se seleccionaron 810 mujeres a quienes se les aplicó una encuesta sobre frecuencia, oportunidad y técnica empleada en la realización del AEM. **Resultados.** La prevalencia de vida de realización de AEM fue apenas 27.8%. De estas mujeres, solo un 6.2% lo realizaban correctamente. Los principales factores asociados con la realización adecuada del AEM son: haber aprendido y mecanizado una técnica regular y sistemática, la escolaridad secundaria o más, y tener conocimiento sobre el cáncer de mama. **Conclusión.** En las mujeres objeto de estudio, es baja la prevalencia de la práctica de AEM, con el agravante que un porcentaje pequeño hace una ejecución correcta del mismo. Por lo anterior, es preciso reforzar la educación en salud y motivar a las mujeres para que realicen oportuna y correctamente esta práctica. Acciones que se deben considerarse en los organismos de salud.

Palabras clave: neoplasias de mama; autoexamen de mamas; detección precoz del cáncer; cribado.

Factors associated to the correct practice of breast self examination in women from Tunja (Colombia)

Abstract

Objective. To determine the factors associated with the correct execution of breast self examination (BSE) in adult women from Tunja, Boyaca (Colombia). **Methodology.** Cross sectional epidemiological study, carried out in 2009 using a multi-stage randomized stratified sampling. 810 women were chosen and a survey about frequency, opportunity and technique used in the execution of the BSE was applied. **Results.** Life prevalence of the BSE execution was just 27.8%, out of which just 6.2% had a correct technique. The main factors found significantly associated with the correct execution of BSE were: Having learned and

mechanized a regular and systematic technique, secondary or higher education, and having knowledge about breast cancer. **Conclusion.** The prevalence of BSE is low in the studied women, in just a little percentage it is done correctly. Strengthening education in health and motivating women to make it an opportune and regular practice are some of the actions should be considered in the health organizations.

Key words: breast neoplasms; breast self examination; early detection of cancer; screening.

Fatores associados à prática correta do auto-exame de mama em mulheres de Tunja (Colômbia)

▣ **Resumo** ▣

Objetivo. Determinar os fatores associados com uma execução correta do auto-exame de mama (AEM) em mulheres adultas residentes em Tunja, Boyacá (Colômbia). **Metodologia.** Estudo epidemiológico de tipo transversal, realizado em 2009. Mediante amostragem aleatória estratificado polietápico se seleccionaram 810 mulheres a quem se lhes aplicou una encuesta sobre frecuencia, oportunidad e técnica empregada na realização do AEM. **Resultados.** A prevalência de vida de realização de AEM foi mal 27.8%. Destas mulheres, só um 6,2% o realizavam corretamente. Os principais fatores que se encontraram significativamente associados com a adequada realização do AEM são: ter aprendido e mecanizado uma técnica regular e sistemática, a escolaridade secundária ou mais, e ter conhecimento sobre o câncer de mama. **Conclusão.** Nas mulheres do estudo, é baixa a prevalência da prática de AEM, com o agravante de que uma percentagem pequena se faz execução correta do AEM. Reforçar a educação em saúde e motivar às mulheres para que realizem oportuna e corretamente esta prática são algumas das ações que se devem considerar nos organismos de saúde.

Palavras chave: neoplasias da mama; auto-exame de mama; detecção precoce de câncer.

Introducción

La detección temprana se considera como la identificación de una enfermedad, en este caso, el cáncer de mama, en un punto de su historia natural cuando puede ser tratada con técnicas que tendrán menor impacto físico y mayor probabilidad de curación. Existen tres estrategias claramente definidas para la detección temprana en cáncer de mama: la detección temprana sin tamizaje, el tamizaje de oportunidad y el tamizaje organizado.¹ En la detección temprana sin tamizaje las herramientas son: el autoexamen de mama (AEM), la realización de un examen médico anual y la realización de la mamografía.

The American Cancer Society,² recomienda que todas las mujeres deben ser capacitadas y se deben realizar, siguiendo una técnica preestablecida, cada mes el autoexamen de mama (AEM), un mamograma inicial entre

los 35 a 40 años y un examen físico anual. La mamografía debe repetirse cada año o cada dos años según la edad y la presencia de factores de riesgo en la mujer. También, requerirán vigilancia especial las mujeres con factores de riesgo identificados. Por su parte, la Norma Técnica Colombiana de Detección Temprana de Cáncer de Mama² recomienda brindar a todas las mujeres mayores de 20 años, educación en autoexamen de mama, y de manera obligatoria a toda mujer por encima de los 50 años de edad la realización de una mamografía de cuatro proyecciones cada dos años, independiente de la presencia o no de signos o síntomas en la mama.

No obstante las recomendaciones anteriores, la técnica del AEM no se lleva a cabo en un porcentaje importante de mujeres mayores de 20 años, como lo demuestra la Encuesta Nacional de

Demografía y Salud (ENDS) del año 2005,³ en la cual el 80% de ellas tiene conocimiento sobre el AEM, pero tan solo el 53% se lo ha hecho, aunque no aclaran si preguntaron acerca de él o si usan la técnica adecuada. De este porcentaje se reporta que el 25% afirma que lo hace cada mes y el 9% entre cuatro y diez días después de la menstruación, al 15% les enseñaron cómo practicarse el examen un servicio de salud. Un estudio realizado en México,⁴ en personal de salud, encontró que un 87% de las trabajadoras se ha realizado al menos una vez en su vida el AEM. Aunque la frecuencia era alta, este no se hacía en forma adecuada.

La correcta realización del AEM está asociada con diferentes factores. En Ceará (Brasil) realizaron un estudio sobre la práctica de este examen en usuarias del sistema único de salud. Los resultados mostraron que el 65% de las entrevistadas no conocían el AEM, un 55% consideraron hacérselo en algún momento, el 45% de ellas no se lo realizan por desconocimiento y olvido, entre otros.⁵ En diversos estudios se evidencia que pocas mujeres se realizan el 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; lo que viene a corroborar estudios anteriores que muestran que el grado de escolaridad influye notablemente en la práctica adecuada del AEM. De ahí que más de la mitad de las entrevistadas que se realizaron el AEM completo y mensualmente, poseían por lo menos enseñanza media incompleta, y en relación con aquellas que no se lo realizaron, más de la mitad tenían hasta la enseñanza elemental terminada.⁶

El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia en la práctica del AEM y la calidad del mismo, determinando posibles factores asociados con su ejecución correcta, en una muestra representativa de mujeres adultas residentes en la ciudad de Tunja, Boyacá.

Metodología

Se diseñó un estudio observacional de corte transversal analítico. Mediante muestreo estratificado polietápico aleatorio que incluyeron las ocho zonas del Plan de Ordenamiento Territorial de la ciudad de Tunja, se seleccionó una muestra de 810 mujeres y se les interrogó sobre práctica del AEM. Con quienes manifestaron haber realizado el examen al menos una vez en la vida, se organizó un subgrupo para evaluar la frecuencia y características de la práctica del AEM.

Los cuestionarios fueron desarrollados por profesionales previamente entrenados, mediante entrevista directa. Las personas seleccionadas fueron visitadas en sus casas, se les informó de los objetivos del estudio, se les garantizó su privacidad y se obtuvo su anuencia mediante la firma del consentimiento informado. La sistematización de los datos se realizó por duplicado y se validó para detectar y corregir posibles errores de digitación en el programa VALIDATE de EpiInfo versión 6.04d.

El análisis univariado permitió examinar las características del grupo, mediante la estimación de promedios para variables continuas, proporciones para las variables categóricas o nominales; todas reportadas con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC_{95%}). Posteriormente se adelantó análisis exploratorio de la asociación de las variables explicatorias incluidas, con las diferentes variables de resultado. Esto fue realizado mediante la estimación de la Odds Ratio (OR), con su respectivo IC_{95%}, junto con el valor probabilidad en el test de χ^2 . Un análisis estratificado fue realizado de manera exploratoria, con el fin de identificar posibles variables confusoras. En todos los casos se asumió significancia estadística si el valor de probabilidad fue <0.05.

Resultados

Caracterización de la muestra. El grupo de estudio estuvo conformado por 810 mujeres con edades comprendidas entre 19-59 años, cuyo promedio fue 33.5 ± 9.3 años; 94.1% pertenecía a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3; 61.2% tenía pareja estable; 40.5% trabaja fuera de casa; 29.7% no terminó la secundaria; 21.2% fuma y 28.5% consume alcohol al menos una vez por semana; 27.7% realiza algún tipo de actividad física programada. En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos: la menarquia se presentó a una edad promedio de 13.5 ± 1.6 años; 76.9% ha tenido al menos un hijo; el promedio de hijos es 1.9 ± 1.6 ; la edad promedio del primer parto fue 21.9 ± 4.5 años; 96.7% ha practicado la lactancia y 88.7% por períodos superiores a seis meses; 11.7% registra antecedentes de aborto; 5.6% ya ha llegado al climaterio a una edad promedio de $48.5 \text{ años} \pm 2.9$; 45.4% utiliza métodos de planificación familiar, de ellas casi la mitad (46.2%) lo hace con hormonas; 9.3% registran antecedente familiar de cáncer de mama y 6.0% de enfermedad de la mama, principalmente mastitis y enfermedad fibroquística.

225 mujeres manifestaron realizar el AEM alguna vez en la vida, para una prevalencia de 27.8% (IC_{95%}:24.7%-31.0%). En este grupo se evaluó la técnica y se encontró que apenas 14 (5.5%) lo realiza correctamente. De ellas, 15 (51.1%) refirieron haber sido instruidas sobre la técnica de realización del AEM; 140 (62.2%) manifestaron practicarlo mensualmente; otras 16 (11.6%), cada tres meses; y 28 (12.4%), cada seis meses; 93 (41.3%) realizan el AEM siete días después de la menstruación. Por otra parte, al evaluar la técnica de realización del AEM se encuentra 144 (64.0%) inspeccionan correctamente los senos y 42 (18.7%) practican adecuadamente la palpación. Además, 111(49.3%) incluyen el examen del pezón y 13 (5.8%) de la axila.

La fuente de obtención de información sobre AEM para 107 (47.6%) de estas mujeres fue el personal de salud, 89 (39.6%) por los medios de comunicación, 24 (10.7%), con familiares o

amigos y las cinco restantes (2.2%), por otros medios. Sobre la manera de aprendizaje del AEM, 162 (72.0%) mujeres manifestaron haber sido capacitadas por personal de salud; 29 (12.9%), por familiares o amigas y 34 (15.1%), no recibieron instrucción alguna.

Las mujeres que tenían estudios técnicos la obtuvieron información verbal sobre el AEM, 105 (46.7%) durante el proceso de atención en salud; 51 (22.7%), mediante un video; 40 (17.8%), por una cartilla o plegable individual y 29 (12.9%), por otros medios. La edad promedio para iniciar la práctica del AEM fue 19.2 ± 5.2 años; aunque 190 (84.4%) comenzaron antes de los 20 años. Los factores protectores indagados que se encontraron asociados significativamente con la correcta frecuencia y oportunidad de práctica del AEM se relacionan en la Tabla 1.

Para *realizar AEM con periodicidad mensual* se relacionaron: 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; con respecto al último factor el 25% de las que consumen alcohol versus el 42% de las que no consumen alcohol tienen prácticas de AEM inadecuadas.

Para la *realización de AEM siete días después de la menstruación*, se asociaron las variables: haber terminado la secundaria, pertenecer al régimen contributivo de salud, recibir información sobre AEM, tener conocimiento sobre cáncer de mama y reconocer la lactancia materna como un método para su prevención, utilizar métodos de planificación familiar por tres años o más y haber aprendido la técnica de AEM.

En cuanto a la *realización de una palpación adecuada de los senos*, se encontraron asociados los factores: haber terminado la secundaria, ser adulta joven, tener un solo hijo, realizar actividad física, contar con antecedente familiar de cáncer de mama y tener conocimiento sobre esta enfermedad y haber aprendido la técnica de AEM. En cambio, para la *realización adecuada de la palpación de los senos* solo se asociaron significativamente dos variables: haber aprendido la técnica de AEM y consultar sobre la misma.

Por último, las variables que se asociaron a *incluir el pezón en el AEM*, fueron: haber terminado secundaria, trabajar por fuera de la casa, realizar actividad física, consultar, tener información y aprender la técnica de AEM; saber sobre cáncer de mama y utilizar métodos de planificación familiar. Debido al escaso número de mujeres que reportaron *incluir la axila en la práctica del AEM*, no fue posible establecer asociaciones

estadísticamente significativas con esta variable de salida.

En la Tabla 1, el lector tiene información detallada sobre cada uno de los factores analizados arriba, incluyendo los valores de las frecuencias absolutas de las mujeres que realizan en forma adecuada o inadecuada según variables de interés, las razones de prevalencia con sus respectivos $IC_{95\%}$ y , los estadísticos de prueba calculados con sus valores de probabilidad.

Tabla 1. Factores asociados con la frecuencia, oportunidad y metodología en la práctica del AEM. Tunja, 2008

Variable		n	n	RP*	IC _{95%} RP	χ^2	Valor de p
		Inadecuados	Adecuados				
Realiza AEM con periodicidad mensual							
Existe apoyo familiar	Si	74	134	0.30	0.10-0.84	5.67	0.017
	No	11	6				
Máximo un hijo	Si	31	83	0.39	0.10-0.84	11.01	<0.001
	No	54	57				
Conocimiento sobre cáncer de mama	Si	66	125	0.41	0.19-0.87	5.58	0.018
	No	19	15				
Consume alcohol	Si	14	42	0.46	0.23-0.90	5.17	0.023
	No	71	98				
Actividad física	Si	29	70	0.51	0.29-0.90	5.41	0.020
	No	56	70				
Aprendió una técnica	Si	35	80	0.52	0.30-0.91	5.39	0.020
	No	50	60				
Labora fuera de casa	Si	32	74	0.54	0.31-0.93	4.91	0.027
	No	53	66				
Realiza AEM 7 días después de la menstruación							
Información sobre AEM	Si	116	91	0.16	0.03-0.71	7.36	0.006
	No	16	2				
Reconoce la lactancia para la prevención del cáncer de mama	Si	117	91	0.17	0.03-0.07	6.63	0.010
	No	15	2				
Conocimiento sobre cáncer de mama	Si	105	86	0.31	0.13-0.76	7.10	0.007
	No	27	7				
Uso de métodos de planificación familiar por tres años o más	Si	34	35	0.41	0.20-0.86	5.69	0.017
	No	42	18				
Aprendió una técnica	Si	56	59	0.42	0.24-0.73	9.64	0.002
	No	76	34				
Terminó secundaria	Si	100	81	0.46	0.22-0.95	4.46	0.034
	No	32	12				
Pertenece al régimen contributivo	Si	72	66	0.49	0.27-0.86	6.20	0.012
	No	60	27				

Tabla 1. Factores asociados con la frecuencia, oportunidad y metodología en la práctica del AEM. Tunja, 2008. (Continuación)

Variable		n	n	RP*	IC _{95%} RP	χ^2	Valor de p
		Inadecuados	Adecuados				
Realiza inspección adecuada de los senos							
Terminó secundaria	Si	53	128	0.23	0.11-0.47	18.13	<0.001
	No	28	16				
Máximo un hijo	Si	27	87	0.33	0.18-0.58	15.21	<0.001
	No	54	57				
Antecedente familiar de cáncer de mama	Si	5	24	0.33	0.12-0.89	5.08	0.024
	No	76	120				
Aprendió una técnica	Si	28	87	0.34	0.19-0.61	13.86	<0.001
	No	53	57				
Adulta joven	Si	44	109	0.38	0.21-0.68	10.88	0.001
	No	37	35				
Actividad física	Si	24	75	0.38	0.21-0.69	10.60	0.001
	No	57	69				
Conocimiento sobre cáncer de mama	Si	63	128	0.43	0.20-0.91	4.98	0.025
	No	18	16				
Realiza palpación adecuada de los senos							
Consulta sobre AEM	Si	102	32	0.39	0.18-0.84	5.93	0.015
	No	81	10				
Aprendió una técnica	Si	87	28	0.45	0.22-0.91	5.06	0.025
	No	96	14				
Incluye el pezón en el AEM							
Información sobre AEM	Si	100	107	0.26	0.08-0.83	5.75	0.016
	No	14	4				
Conocimiento sobre cáncer de mama	Si	89	102	0.31	0.14-0.70	8.37	0.004
	No	25	9				
Aprendió una técnica	Si	44	71	0.35	0.20-0.60	14.48	<0.001
	No	70	40				
Trabaja fuera de la casa	Si	42	64	0.42	0.25-0.73	9.78	0.001
	No	72	47				
Terminó secundaria	Si	85	96	0.46	0.23-0.91	5.08	0.024
	No	29	15				
Actividad física	Si	41	58	0.51	0.30-0.87	6.05	0.014
	No	73	53				
Utiliza métodos de planificación familiar	Si	57	72	0.54	0.31-0.92	5.08	0.024
	No	57	39				
Consulta sobre AEM	Si	60	74	0.55	0.32-0.95	4.59	0.032
	No	54	37				

*RP: Razones de prevalencia

Discusión

En el país no se cuenta con datos sobre los estadíos en que se diagnostica el cáncer de mama, los registros de las pacientes ingresadas durante 2004, en el Instituto Nacional de Cancerología, muestran que 64% de los casos nuevos llegan en estados avanzados (II B y más). Sin embargo, dado que el Instituto absorbe demanda de muchas regiones, estos datos no pueden extrapolarse al resto del país ni a Bogotá. La cohorte mencionada, que incluyó un perfil de usuarias muy distinto de las atendidas en el INC, mostró que el 40% de las pacientes consultaba en estados avanzados.⁷

Se ha reportado que el diagnóstico precoz del cáncer de mama puede reducir el riesgo de muerte temprana del 79% al 56% a los 50 años, mientras que a los 79 años la relación es de 23 a 13%.⁸ Otros estudios confirman estos hallazgos con una mayor posibilidad de reducir el tamaño del tumor en los primeros estadíos.⁹ En otro estudio se reporta una reducción del 63% en las muertes¹⁰ y la posibilidad de mejorar el pronóstico en mujeres que se sometieron regularmente a mamografía entre los 42 y 49 años.¹¹

Aun teniendo en cuenta que la práctica correcta del AEM es un determinante de la demanda oportuna de la atención médica,¹² en Tunja la prevalencia de realización es baja, ya que apenas alcanza al 27.8%. Por otra parte, se registra que es menor a lo reportado en Brasil^{13,14} y México¹⁵ y, similar a estudios adelantados en Cuba¹⁶ y Perú.¹⁷ Para que la práctica del AEM sea eficaz para lograr la detección precoz del cáncer de mama y consecuentemente, reducir la mortalidad, son necesarias no solamente campañas alusivas a la prevención, con el fin de lograr una mejor información, sino metodologías eficientes y eficaces de difusión de la técnica, junto con la importancia del autocuidado. Concomitantemente, es fundamental el incentivo en términos de motivación para que los conocimientos se incorporen al comportamiento.¹⁸

Es evidente que las mujeres entrevistadas, aun siendo usuarias de los servicios de salud, tienen

un conocimiento insuficiente en cuanto al AEM, de ahí la necesidad de diseñar medidas que mejoren la adhesión a una práctica sistemática. El déficit de conocimiento y de motivación hacia el autocuidado son aspectos que deben ser exhaustivamente tratados con las mujeres, con el propósito de inducirles a asumir un rol activo en el cuidado de su salud y bienestar.

El haber apropiado una técnica o metodología sistemática constituye el elemento que con más constancia se asocia con una adecuada realización del AEM, lo que se corrobora en la medida en que esta variable se relacionó significativamente con los diferentes componentes evaluados: frecuencia de realización mensual, práctica del AEM al menos siete días después de iniciada la menstruación, inspección y palpación exhaustivas y adecuadas de los senos e inclusión del pezón y la axila en el examen.

Lo anterior tiene profundo significado en términos de la metodología que se emplee a futuro para la enseñanza de la técnica adecuada de AEM, pues la continuidad o adherencia con una práctica se correlaciona directamente con la apropiación de una rutina de ejecución de la misma. Según un estudio adelantado en San Pablo, Brasil, entre los sujetos identificados como estimulados a la realización de una actividad de prevención y detección precoz de cáncer mediante informaciones vehiculadas, 58.6% mantuvieron la práctica de tal actividad hasta por un mes y 27.5% de uno a seis meses, mostrando una discontinuidad indeseada en la práctica de esas acciones. Y también, todos ellos reconocieron la no existencia de incentivo, es decir, refuerzo en la continuidad de las prácticas adoptadas.¹⁹

La efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, protección y diagnóstico precoz tiene relación directa con la metodología de persuasión empleada. Delante del riesgo de cáncer y de los comportamientos preventivos identificados, la persuasión se considera una estrategia útil para disminuir riesgos y para incentivar y sostener actitud preventiva; sin embargo, es necesario

que sea utilizada una estrategia rigurosa en este proceso persuasivo, en especial métodos que propicien el mantenimiento del comportamiento por largos períodos.

Un segundo elemento que ha mostrado importancia en relación con la correcta realización del AEM, tiene que ver con el grado de escolaridad de las mujeres. Los datos arrojados muestran, que el hecho de haber terminado los estudios secundarios incide significativamente en la probabilidad de realizar el examen con la frecuencia, oportunidad y técnica correcta. Si bien los servicios de salud no son competentes para mejorar el nivel académico, si es posible replantear el diseño de las intervenciones educativas, de manera que el lenguaje y los mensajes sean fácilmente comprensibles para mujeres de bajo nivel educativo.

Cuando se evalúa la relación de las usuarias con los agentes de salud, en diversos estudios se han descrito serias falencias en términos de falta de sensibilización e interés, además de limitaciones en la capacitación, actualización y destreza del personal de salud, en particular los médicos, para motivar e incentivar a las mujeres en el diagnóstico oportuno de los trastornos de la mama.

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.^{20,21} Son abundantes los casos en los que barreras sociales y culturales limitan la accesibilidad de las usuarias a los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer de mama. Muchos se relacionan con el temor frente al sufrimiento, la muerte, la posibilidad de pérdida del entorno familiar y en el plano del erotismo y la autoestima, el rechazo como objeto de deseo, disolución de la pareja; Por otro lado, los mitos alimentados desde los medios sobre la incurabilidad del cáncer, lleva a percibirlo como sinónimo de muerte; y genera sentimientos de angustia, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección en el ambiente doméstico.^{22,23} Es muy probable que un esfuerzo concienzudo de capacitación y

motivación dirigido a médicos y enfermeras podría mejorar sustancialmente la actitud y, por ende, la cobertura y calidad de práctica del AEM.

La validez del AEM, como procedimiento realizado mensualmente por las mujeres, siguiendo una técnica establecida, se ha demostrado en estudios adelantados en San Petersburgo,²⁴ y Shangai²⁵ la asociación del autoexamen mamario con la no utilización de ningún otro procedimiento. En total se analizaron 388.535 pacientes en ambos estudios, con rango de edades entre 40 y 64 años.

La necesidad de adherencia plantea también un inicio temprano en la capacitación de las mujeres. Se ha reportado en un grupo de adolescentes de una escuela preparatoria en Estados Unidos, un mayor porcentaje de mujeres que realizaron el AEM después de enseñar su importancia en la detección temprana del cáncer de mama.²⁶ No se conocen experiencias similares en instituciones educativas en Colombia.

Los estudios revisados coinciden en incluir como características vinculadas con la revisión correcta de los senos la edad, el lugar de residencia, la escolaridad y el nivel socioeconómico. La adherencia ha sido significativamente mayor en las mujeres residentes de áreas urbanas respecto de las residentes de áreas rurales. Asimismo, se observa un incremento significativo de esta práctica conforme aumenta la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico.

Se debe tener en cuenta que la simple exploración casual de los senos, al momento de bañarse, por ejemplo, no es lo mismo que una práctica correcta del AEM, por cuanto esta compromete la realización sistemática de maniobras con frecuencia regular, así como cierto grado de habilidad para reconocer masas o abultamientos. Un estudio similar al nuestro, adelantado en Monterrey estimó una prevalencia de AEM de 39%, que disminuyó a 5% al verificar correcto cumplimiento de cada uno de los componentes de la técnica.²⁷

En una muestra de usuarias del Seguro Social mexicano, se encontró que 58% reconocieron una masa de manera casual y 90% de ellas, mientras se bañaba. La búsqueda de atención médica en

la semana siguiente a la detección del tumor fue significativamente mayor entre las mujeres que efectúan con regularidad el AEM comparadas con las que habían detectado casualmente un tumor (66% Vs 32.5%).²⁸

El cáncer de mama es un problema que, progresivamente, ha venido cobrando importancia en el panorama de la salud pública en Colombia y por esa razón se hace necesario estructurar estrategias de capacitación y motivación a los agentes de salud para inducir en las usuarias, una práctica constante y adecuada del autoexamen de mama encaminada hacia la detección temprana,²⁹ como un primer paso para racionalizar la infraestructura de tamizaje en un nivel más tecnificado que incluiría el examen clínico de la mama y el tamizaje de oportunidad con mamografía. Una vez superada la etapa de detección temprana sin tamizaje y con la perspectiva de disponer de adecuados sistemas de información y un buen control de calidad, se debe pasar al tamizaje organizado con mamografía implementado por pasos, bien sea en grupos específicos de edad o por regiones con alta incidencia de cáncer de mama, de acuerdo con el comportamiento de la enfermedad.³⁰

La existencia de evidencia sólida a favor de los beneficios de mayor supervivencia y posibilidad de curación de los cánceres de mama cuando son diagnosticados y tratados tempranamente, sumada al creciente desarrollo de tecnologías de diagnóstico por imágenes, animan a universalizar metodologías sencillas y de bajo costo para la detección precoz del AEM.

En conclusión, en este estudio se registró una baja prevalencia del AEM, problema que se acentúa por el bajo porcentaje de mujeres que realizan adecuadamente este procedimiento. Se encuentran, además, factores significativamente asociados con el correcto desempeño del autoexamen, de los cuales los más importantes parecen ser la apropiación de una técnica sistemática y regular, la escolaridad y factores que inciden en la motivación como el apoyo familiar, tener conocimientos sobre el cáncer de mama y haber recibido información sobre el AEM.

Se esboza la necesidad de replantear las metodologías de educación, entrenamiento y motivación a las mujeres en la práctica correcta, regular y sistemática del AEM.

Referencias

1. Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB. Global Summit Early Detection Panel. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J.* 2003;9(Suppl.2):S51-9.
2. República de Colombia, Ministerio de Protección social. Resolución 0412: Norma técnica de detección temprana de cáncer de mama. Bogotá, 2000.
3. República de Colombia, DANE. Encuesta Nacional de Salud (ENDS). Bogotá: DANE; 2005.
4. Garcia-Cruz C, Sanchez H, Escobar A, Ponce AS, Rodriguez LM. Prevalencia del autoexamen mamario en trabajadoras de la salud. Factores asociados a su correcta realización. *Ginecol Obstet Mex.* 2001;69:155-60.
5. Carvalho AF, Silva de Oliveira M, Ferreira ER. Práctica del auto examen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet] 2006. [acceso: 13 de mayo de 2009]; 22(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf09306.htm
6. Monteiro AP, Arraes EP, Pontes LB, Campos MS, Ribeiro RT, Goncalves RE. Auto-examen das mamas: frecuencia do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(3):201-5.
7. Robledo F, Caicedo J, De Antonio A. Análisis de sobrevida en una cohorte de 1.328 pacientes con carcinoma de seno. *Rev Colomb Cir.* 2005; 2081:3-12.
8. Stratman H, André L, Verbeek M, Petronella G, Peer M, Borm G. Estimating life expectancy and related probabilities in screen detected breast cancer patients with restricted follow up information. *Stat Med.* 2004;23(3):431-48.
9. Michaelson JS, Satija S, Kopans D, Moore R, Silverstein M, Comegno A, et al. Gauging the impact of breast carcinoma screening in terms of tumor's size and death rate. *Cancer.* 2003;98(10):2114-24.

10. Tabar L, Vitak B, Tony HH, Yen MF, Duffy SW, Smith RA. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer*. 2001;91(9):1724-31.
11. Buseman S, Mouchawar J, Calonge N, Byers T. Mammography screening matters for young women with breast carcinoma, evidence of down staging among 42- 49-year-old women with a history of previous mammography screening. *Cancer* 2003;97(2):352-8.
12. Senie R, Rosen PP. Breast self examination and medical examination related to breast cancer stage. *Am J Public Health*. 1981;71:583-90.
13. Ministerio da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro, Brasil, 1999.
14. Bezerra SM, Rocha MA, Vasconcelos ÂR. Auto exames das mamas: as mulheres conhecem?. *Rev Rene*. 2006; 7(1):84-90.
15. López L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Publica Mex*. 2009;51(supl 2):345-9.
16. Prendes M, Soler MV, Morales W. Pesquisaje de câncer de mama en la comunidad de Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1998;14(2):165-70
17. Villacrés K, Alarcón AF. Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en Mujeres de Sullana. *Rev Med Hered* 2002;13 (4):131-4
18. Monteiro AP, Arraes EP, Pontes LB, Campos MS, Ribeiro RT, Goncalves RE. Auto-examen das mamas: frecuencia do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(3):201-5.
19. Tonani M, Campos de Carvalho E. Cancer risk and preventive behavior: persuasion as an intervention strategy *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(5):864-70.
20. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev Col Cancerol*. 2007;11(1):13-22.
21. Schencke M, Espinoza S, Muñoz N, Messing H. Actitudes y conducta frente al autoexamen de mama entre profesionales de salud de Chile. *Bol Oficina Sanit Panam*.1993;144:317-25.
22. Anderson B. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: sistemas de atención de salud y políticas públicas. *Brea J* 2007;13(1):S62-S82.
23. Alcaraz M, Llucha A, Mirandab J, Pereiroc I, Salasb MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gac Sanit*. 2002;16(3):230-5.
24. Semiglazov VF, Sagaidak VN, Moisyenko VM. Study of the role of breast self-examination in the reduction of mortality from breast cancer. The Russian Federation /World Health Organization Study. *Eur J Cancer*. 1993;29A:2039-46.
25. Thomas D, Li Gao D, Ray R, Wang WW, Allison CJ, Liang-Chen F, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(19):1445-57.
26. Ludwick R, Gaczowsky T. College of Nursing, Kent State University Breast self exams by teenagers; outcome of a teaching program *Cancer Nurs*. 2001;24(4):315-9.
27. Sheley JF, Lessan GT. Limited impact of the breast self-examination movement: a Latin American illustration. *Soc Sci Med*. 1986;23:905-10.
28. Calderon-Garciduenas AL, Paras-Barrientos FU, Cardenas-Ibarra L, Gonzalez-Guerrero JF, Villarreal-Rios E, Staines-Boone T, et al. Risk factors of breast cancer in Mexican women. *Salud Publica Mex*. 2000;42:26-33.
29. Giraldo CV, Arango ME. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Invest Educ Enferm*. 2009;29(2):191-200.
30. Díaz S, Piñeros M, Sánchez O. Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2005;9(3):93-105.