

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**“REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS EN MUJERES DE 15 A 59 AÑOS E IDENTIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS MAMARIAS MÁS FRECUENTES, EN 3 UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE JULIO A AGOSTO DE 2017”.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:**

Claudia Margarita Martell Martínez  
Fernando Marcelo Valle Reyes  
Sonia Rebeca Vallejo Rivera

**Para optar al título de:  
DOCTOR EN MEDICINA**

**ASESOR:**  
Dra. Zulma Carolina Cruz de Trujillo.

San Salvador, Octubre de 2017

## RESUMEN

En el siguiente trabajo se investigó sobre la realización del autoexamen de mamas en mujeres de 15 a 59 años e identificación de patologías mamarias más frecuentes, en 3 unidades de salud de primer nivel, de julio a agosto del 2017. En donde, se indagó sobre el conocimiento de la técnica, la fuente de información, así como también la periodicidad con la que se autoexaminan. A la vez, se exploró sobre los factores de riesgo predominantes y las razones por las que no se lo realizan. Siendo esta una investigación descriptiva transversal, con una población total de estudio de 6,804 mujeres y, de forma aleatoria simple sin reposición, se seleccionó una muestra de 364 pacientes.

Como resultado principal, se encontraron 12 mujeres con hallazgos positivos en la autoexaminación de mamas, de estas: 8 mujeres oscilan entre los 15 y 30 años de edad; 4 pacientes tuvieron su menarquia antes de los 10 años; ninguna ha tenido su menopausia; 8 han tenido uno o más embarazos, de estas, 6 mujeres dieron lactancia materna; 9 usan o usaron métodos de planificación familiar; 3 mujeres tienen antecedentes familiares de patología mamaria; todas se autoexaminan, pero ninguna lo realiza de forma adecuada.

Por lo que, se concluyó que las pacientes tienen cierto grado de riesgo para la aparición de patologías mamarias, cabe resaltar que menos de un tercio de la población en estudio se realiza el autoexamen de mamas, evidenciando un déficit en la educación de la detección precoz de patologías mamarias.

## INTRODUCCIÓN.

La autoexploración de las mamas es un método sistemático que permite la detección precoz de patologías de la glándula mamaria sean benignas o malignas en estadios iniciales.

Esta exploración es un método ordenado y sistemático que una mujer se realiza en casa de forma periódica para buscar cambios o problemas tempranos en el tejido mamario, pero requiere que la conozcan y dominen de forma correcta; para la detección temprana; que significa encontrar y diagnosticar una enfermedad en personas que no la tienen antes de que hubiese esperado a que comenzaran los síntomas. Durante la detección precoz de las lesiones de mama estas suelen ser pequeños y estar aún confinados en el seno y el tamaño y la extensión del tumor son algunos de los factores más importantes para establecer un pronóstico.

La detección precoz de cáncer de mama, mediante el autoexamen de seno permite realizar métodos diagnósticos y tratamientos menos invasivos que elevan los índices de supervivencia y mejoran la calidad de vida de mujeres principalmente, pero no exclusivamente; ya que hay en menor proporción hombres con cáncer de mama.

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS) el cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo y esta aumentado especialmente en los países en desarrollo en donde en la mayoría de los casos se encuentran en fases avanzadas.

Se tiene referencia de las patologías mamarias desde el año 3000 A.C., por la medicina egipcia; y se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas la tasa de morbilidad y mortalidad<sup>1</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud no hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado<sup>2</sup>.

Actualmente a parte de la autoexploración de mama, hay otros métodos diagnósticos no invasivos con buena sensibilidad y especificidad, sobre todo si se complementan como la mamografía ultrasonido de mama; sin embargo, la autoexploración constituye un procedimiento sencillo que permite identificar anomalías en poblaciones que se encuentran en desventaja social.<sup>3</sup>

La autoexploración cotidiana permite en mujeres y hombres tener conocimiento sobre los senos e identificar inmediatamente cualquier anomalía tempranamente con alta posibilidad de un tratamiento exitoso.<sup>4</sup>

Publicaciones sobre el autoexamen de mama revelan que el conocimiento real de la técnica es bajo en las mujeres que lo practican y no se hace con la periodicidad establecida y se le hace poca promoción y educación por parte del personal de salud<sup>5</sup>.

La maniobra contempla la inspección, palpación y periodicidad por lo que se requiere interés y un nivel mínimo de conciencia y educación para realizarlo adecuadamente; por lo que estudios previos demuestran que el grado de escolaridad influye notablemente en la realización de una práctica adecuada.<sup>6</sup>

Este estudio de investigación pretende evaluar la forma de realización del autoexamen de mama por las mujeres, la periodicidad y los factores de riesgo que describe la literatura para el apareamiento de cáncer de mama como: la edad de menarquía, edad de menopausia, gravidez, lactancia materna, uso de métodos de planificación familiar y antecedentes familiares de enfermedades de las mamas; mediante un cuestionario de 17 preguntas.

Se realizará en población femenina de 15 a 59 años de 3 Unidades de Salud: El Paraíso, Chalatenango; San Jacinto, Apastepeque y San Alfonso, Tamanique; que es donde los autores están realizando su Servicio Social.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Describir la realización del autoexamen y las patologías mamarias más frecuentes en la población femenina de 15 a 59 años en las 3 Unidades de Salud del Paraíso, Chalatenango; San Jacinto, Apastepeque y San Alfonso, Tamanique, de julio a agosto de 2017.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Evaluar la realización del autoexamen mamario en la población femenina de 15 a 59 años e indagar sobre la fuente de información donde adquirió ese conocimiento.
2. Verificar la periodicidad con que se realizan el autoexamen de mama.
3. Investigar la relación entre el nivel educativo de la población femenina y la realización del autoexamen de mama.
4. Cuantificar las patologías mamarias benignas o malignas encontradas en el periodo de investigación.
5. Identificar los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de patologías mamarias.

## MARCO TEÓRICO.

### 1. HISTORIA.

En la década de 1930, varios activistas comenzaron a promover el autoexamen de mama, debido a su exhortación a no retrasar la búsqueda de tratamiento para los bultos sospechosos de la mama.<sup>7</sup>

En los años 1950 y 1960, se mostró a millones de mujeres estadounidenses una película sobre el autoexamen de mama, co-patrocinada por la Sociedad Americana del Cáncer y el Instituto Nacional del Cáncer.<sup>8</sup>

En la década de 1970, los investigadores comenzaron a informar a las mujeres sobre la realización del autoexamen de mama de forma periódica; a pesar de que no había demostrado evidencias que sugirieran que podría salvar vidas mediante la detección precoz.

En este mismo año se describen los primeros estudios acerca del autoexamen de mamas en donde se señala como principal problema la mala técnica utilizada durante su realización.

Sin embargo, hay estudios que no han mostrado beneficios como el publicado en 1999 en Rusia<sup>9</sup>, en donde se concluyó que el autoexamen de mama no tiene impacto en la reducción de la incidencia o mortalidad por cáncer de mama.

Lo mismo describió un estudio realizado en 2002, en China, en donde el autoexamen de mamas realizado con la correcta instrucción no contribuyó en la disminución de la mortalidad por este cáncer.

Por el contrario, una publicación de Malasia en 2003, en donde la mamografía no es un recurso diagnóstico asequible; recomendaron la realización del autoexamen de mama de forma mensual para la detección precoz de patologías mamarias.

En el 2009, Duke et al. Evidencio la detección de 46.6% de cáncer de mama mediante la realización del mediante el autoexamen.

Otro estudio realizado en la Universidad de Harvard encontró que el 71% de los cánceres de mama fueron detectados mediante el autoexamen de mamas en mujeres con edades por debajo de los 40 años.

La Mayo Clinic, demostró que las mujeres menores de 50 años tienen mayor probabilidad de detectar cáncer de mama mediante el autoexamen que las que se realizaban mamografía.

## **2. LA GLÁNDULA MAMARIA.**

### **A) ASPECTOS EMBRIOLÓGICOS, ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA MAMA.**

- **Embriología.**

Las mamas son glándulas sudoríparas altamente especializadas.

En el embrión en la sexta a séptima semana de gestación aparece un engrosamiento llamado cresta mamaria que se extiende desde la región axilar hasta la inguinal, finalmente llega a reducirse ubicándose en la región torácico anterior.<sup>9</sup>

Entre los 9 y 10 años aparece una protuberancia retro areolar, llamado "botón mamario" que es la primera señal de crecimiento mamario; a partir de los 12 años es cuando la glándula comienza a presentar su verdadero desarrollo y de 13 a 14 años comienza un intenso crecimiento retro areolar en vista a una forma definitiva.<sup>10</sup>

- **Anatomía.**

La mama está formada por 20 unidades lobulares con sus canales excretores, numerosas fibras musculares lisas cuya función es de proyectar el pezón; también posee los llamados " ligamentos Cooper ", cuando aparece un cáncer de mama estos retraerán la piel que son un signo importante para su diagnóstico.

La irrigación arterial la realizan las arterias mamarias internas, ramas de las arterias axilares; a la vez toda la mama es rica en canales linfáticos en el área de la areola y pezón, con una red circunareolar que son 3 vías de drenaje linfático de la mama a la región axilar, inter pectoral y mamaria interna.<sup>11</sup>

- **Fisiología.**

La función principal de la mama es en el periodo de la gestación para la producción de leche; y es la progesterona junto con los estrógenos los factores que causan el desarrollo y aumento de volumen mamario.

La adenohipófisis contribuye a la preparación de la mama para la producción de leche mediante la prolactina segregadas por las células lactotropas en la porción anterior de la adenohipófisis, por medio de liberación de esta hormona junto con los estrógenos estimulan el crecimiento de los conductos lactíferos y alvéolos.<sup>12</sup>

En la fisiología mamaria es importante que hay cambios cíclicos normales en la mujer adulta asociado a la menstruación, así como factores durante la lactancia los cuales están determinadas por la función de las hormonas ováricas.

La función es dual entre las hormonas ováricas y la función de la adenohipófisis pues tanto el crecimiento como el desarrollo normal de esta depende de las hormonas que controlan el ciclo menstrual y la somatotropina y la prolactina.

Durante la gestación el efecto lactógeno de los estrógenos es inhibido por la presencia de progesterona, no obstante; inmediatamente después del parto disminuye la proporción de progesterona lo que hace que predomine el efecto lactógeno de los estrógenos.

La succión que realiza el recién nacido estimula la liberación de adrenocorticotropina y prolactina por medio de un arco reflejo mediado por la neurohipófisis y la adenohipófisis.<sup>13</sup>



## B) PATOLOGÍAS MAMARIAS.

- **BENIGNAS.**

- ✓ **Fibroadenomas mamario.**

Es el tumor benigno más frecuente de la mama, formado por una proliferación de elementos epiteliales y mesenquimatosos bien diferenciados; predominando su carácter fibroso frente al glandular.

Se considera que la causa principal se trata de una lesión estrógeno-dependiente, por lo que sufre cambios en relación con el embarazo, lactancia, toma de anticonceptivos orales ó terapia de sustitución hormonal estos factores causan variaciones en los receptores estrogénicos y particularmente los de progesterona causando variación en el ciclo menstrual.

La incidencia es del 7 al 12% por lo que se considera el tercer tumor más frecuente después del cáncer y quiste de mama. <sup>14</sup>

Pueden aparecer a cualquier edad, pero son más frecuentes en mujeres entre los 20-30 años.

Las variedades de fibroadenomas se clasifican de la siguiente manera:

- Fibroadenoma juvenil: Suelen aparecer en mujeres jóvenes y adolescentes, crecen muy rápidamente y alcanzan un tamaño considerable.
- Fibroadenoma gigante: Es cuando el tumor es mayor de 5 cms. y menor de 10 cms. y pueden tener un peso superior a 500 gramos. Es un subtipo infrecuente de Fibroadenoma juvenil que se presenta en el 0.5-2% de todos los fibroadenomas. Aparece típicamente entre los 10-18 años y es la principal causa de macromastia unilateral y asimetría mamaria en adolescentes.
- Fibroadenoma complejo: Presenta quistes de más de 3mm de diámetro, ocurre en menos del 2% de los fibroadenomas, y pueden estar asociados a un mayor riesgo de cáncer de mama. <sup>15</sup>

### ✓ **Tumor phyllodes.**

Son tumores fibroepiteliales poco comunes que constituyen sólo el 0.3-0.5% de todos los tumores mamarios e histológicamente se clasifican en benignos (58%), borderline (12%) y malignos (30%), tienen parámetros de crecimiento que deben considerarse pleomorfismo nuclear, índice mitótico, bordes infiltrantes y crecimiento del estroma, éste último es el único criterio asociado al comportamiento agresivo, que predice el potencial metastásico<sup>16</sup>.

Su comportamiento biológico puede ir desde una masa mamaria benigna con propensión a recurrencia local, hasta un sarcoma capaz de producir una patología metastásica distante; este comportamiento sarcomatoso más agresivo representa sólo el 5% de todos los tumores phyllodes.

Son más frecuentes en mujeres de 30-50 años y se presentan como una masa mamaria única y creciente; de mayor tamaño que los típicos fibroadenomas, pero por lo demás tienen las mismas características a la palpación, y su rápido crecimiento a menudo causa un estiramiento visible de la piel que los recubre.<sup>16</sup>

### ✓ **Papiloma intra-canalicular.**

Es una lesión ampliamente discutida tanto por su verdadero carácter tumoral, como por su probable relación predecesora de cáncer mamario. A esta lesión se le considera como el grado máximo de hiperplasia de las células de revestimiento de los conductos mamarios, o como un verdadero tumor único o multicéntrico de los conductos.

Los papilomas intra-canaliculares son tumores benignos constituidos por excrecencias epiteliales arborescentes, que se desarrollan en el interior de los conductos galactóforos y pueden aparecer a cualquiera edad, pero lo hacen fundamentalmente en las extremas de la vida, entre los 15 a 20 años y después de los 80; teniendo un alza en el rango de 45-50 años.

El síntoma más importante es la descarga de una secreción sanguinolenta que rara vez es sangre pura y en este caso habría que sospechar una transformación maligna. La telorrea suele ser unilateral, espontánea y a través de un solo conducto, pudiendo estar asociada con una masa retro areolar en mujeres preferiblemente menores de 50 años.<sup>17</sup>

- **NEOPLASIAS MALIGNAS.**

- ✓ **Sarcomas.**

Es una enfermedad rara que representa menos del 1% de todos los tumores malignos de mama y menos del 5 % de todos los sarcomas de tejidos blandos. Pertenece al grupo de los tumores mesenquimales malignos de la mama y como su nombre lo indica se desarrollan a expensas del tejido mesenquimatoso, es decir conectivo o estromal, vascular etc.

Pueden presentarse diversas variantes histológicas las más frecuentes: El sarcoma estromal, los angiosarcomas, fibrosarcomas, liposarcomas y el tumor phyllodes maligno.

Se presentan como grandes tumores de crecimiento progresivo y gradual que pueden llegar con el tiempo a ocupar toda la mama, la piel que lo cubre se torna tensa y lustrosa, surcada por gruesas venas que pueden llegar a ulcerarse por distensión y dar salida a un material fétido producto de la desintegración del tumor. Muy raramente se acompañan de telorragia (piel en corteza de naranja y retracción de la piel), como ocurre con frecuencia en los carcinomas y la diseminación linfática axilar es extremadamente rara.<sup>18</sup>

Estos tumores metatizan fundamentalmente por vía hemática; su pronóstico es sombrío y tempranamente da metástasis tempranamente a pulmón, hígado y cerebro y una sobrevida muy pobre de solo 5 años.<sup>19</sup>

## ✓ **Cáncer de mama.**

A nivel nacional no hay datos fidedignos de los tumores malignos de la mama, por lo que es válido suponer algún grado de subregistro en el cálculo de estos datos. Según los datos del Registro Nacional de Tumores en el área metropolitana de San Salvador el cáncer de mama representa la cuarta causa de muertes por tumores malignos en el sexo femenino después del cáncer de cuello uterino, el cáncer gástrico y el de sitio primario desconocido.<sup>20</sup>

El cáncer de mama se origina generalmente en el epitelio de revestimiento de los conductos y su crecimiento está condicionado por factores del tumor y por factores del huésped (inmunidad, estado hormonal, etc.).

Habitualmente el crecimiento es lento, requiriéndose 6 a 8 años para que la masa celular alcance un volumen de 1 cm de diámetro y pueda detectarse clínicamente, pero la diseminación a distancia puede ocurrir desde la fase preclínica cuando el tumor traspasa la membrana basal y se hace invasor.

Localmente el tumor primitivo de la mama se manifiesta prevalentemente en el cuadrante superior externo (37%), cuadrante central (15%), cuadrante superior interno (12%), cuadrante inferior externo (8%), cuadrante inferior interno (5%).

El 20% es difuso o en más de un cuadrante, el 2% infra mamario y el 1% subclavicular o para esternal.

Al crecer el tumor frecuentemente infiltra el tejido cercano en forma difusa e irregular y el tejido conjuntivo adyacente puede reaccionar formando una capa de mayor consistencia que clínicamente se traduce en un mayor tamaño a la palpación, de superficie irregular, que puede impedir delimitar con exactitud los diámetros de la lesión.

Cuando la enfermedad avanza puede infiltrar la piel que lo cubre y ulcerarse; las regiones ganglionares más frecuentemente comprometidas son las axilares y las metástasis a distancia se dan en el aparato esquelético en un 50%, especialmente columna vertebral, costillas y pelvis, en el 25% son a pulmón y pleura; y en el 10% abdominales (especialmente hepática y ovárica) y en medida menor: cerebral,

orbita, cutánea. Sucesivamente las localizaciones son múltiples y pueden comprometer también órganos como el riñón, páncreas, tiroides e intestino.<sup>21</sup>

### **C) AUTOEXAMEN DE MAMA.**

Es un método que tiene como propósito detectar el mayor número de mujeres con afecciones mamarias en estadios iniciales, lo que permite tratamientos menos invasivos, eleva los índices de supervivencia y mejora la calidad de vida.

Si un tumor mamario es diagnosticado en etapas tempranas significa una curación en un gran porcentaje de los casos y de este modo la mujer no es sometida a las grandes tensiones que implica la noticia de padecer de esta neoplasia, aceptar la idea de un cáncer, pensar en los tratamientos que vendrán y como estos afectarán su vida e incluso la de sus familiares.

El auto examen es una exploración que toda mujer debe realizarse de forma mensual, ya que es una de las formas más útiles para conseguir un diagnóstico precoz de lesiones en las mamas.

El cáncer de mama es más fácil de tratar cuanto más temprano se descubra, por esta razón muchos expertos recomiendan que todas las mujeres mayores de 30 años se realicen mensualmente un autoexamen de mama para verificar la presencia de bultos nuevos u otros cambios.

Este debe realizarse mensualmente de 5 a 7 días después del primer día del periodo menstrual que es cuando las mamas están menos sensibles y con menor inflamación.<sup>22</sup>

#### **Pasos para su realización (Ver Anexo 1):**

1. Con buena iluminación y frente a un espejo coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas

(bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón. (Figura 1)

2. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo. Como lo indica la imagen siguiente. (Figura 2)

3. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares. (Figura 3)

4. Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj y palpe toda la superficie mamaria, determinando la presencia de masas o dolor. (Figura 4)

5. Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado. (Figura 5)

6. Examine la axila derecha con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas. (Figura 6)

7. Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriormente descritos. (Figura 7)

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

9. Con la mano izquierda, con la yema de los dedos, presione de forma suave con movimientos circulares. (Figura 9)

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

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

## **D) FACTORES RELACIONADOS A LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA.**

En el estado de salud de las personas, pueden influir varios factores, entre los cuales se encuentran los biopsicosociales, los cuales se pueden dividir en dos grandes categorías: factores de riesgo y factores protectores.

### ***Factores protectores:***

Se refiere a las características de las personas o de las situaciones que al estar presentes protegen o disminuyen el efecto de estímulos dañinos sobre la persona. Estos cumplen un rol de protección en la salud, mitigan el impacto del riesgo y motivan al logro de las tareas propias de cada etapa del desarrollo. Tomándolo desde el aspecto de la morbilidad de una persona, son los factores protectores los que aumentan la resistencia ante los estímulos nocivos, disminuyen la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar.<sup>23</sup>

Mediante cinco mecanismos intrínsecos de la persona, se puede lograr la promoción de la salud, con base en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son los siguientes:

- La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse entre sí, con relación al suceso que estén viviendo.
- El autocuidado, es decir, las acciones y decisiones que las personas llevan a cabo en beneficio de su propia salud.
- La creación de ambientes o entornos saludables, que favorezcan el bienestar integral de la persona, entre las cuales figuran las escuelas saludables, que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños, en las que la promoción y educación en la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en el niño.
- El conocimiento: Uno de los mecanismos más importantes, puesto que permite a las personas tomar las mejores decisiones informadas y bien fundamentadas con base en el conocimiento científico más reciente, de este modo pueden adoptar hábitos saludables o, en caso de notar factores de riesgo, modificar

estos para prevenir la enfermedad; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay diversos factores internos y externos que también intervienen.

- La voluntad: Cada persona tiene una historia de vida con creencias, valores, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí surge la idea que cada persona tenga una “clave para la acción” diferente, con respecto a los demás; entendida la clave para la acción, como el suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que la llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia.<sup>24</sup>

### ***Factores de exposición o factores de riesgo:***

Es alguna alteración o fenómeno en el genotipo o en el fenotipo de cada persona, que puede abarcar varios ámbitos, entre los cuales están: de naturaleza social, física, química, psicológica u orgánica; o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o de su ausencia está relacionado con la enfermedad investigada o puede ser la causa de su aparición. Los factores de riesgos son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto.

El ambiente del individuo puede dividirse en dos estratos, uno social o externo y otro interno o biológico y psicológico. Por lo tanto, se puede hablar de dos tipos de factores de riesgo: factores de riesgo externos y factores de riesgo internos.<sup>25</sup>

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Edad: Se relaciona con el ciclo vital de las personas; para el caso la patología mamaria maligna aumenta en la quinta y sexta década de la vida.
- Nivel socioeconómico: Dependiendo del poder adquisitivo de la persona, serán alternativas más bastas al momento de poder elegir sus alimentos, el acceso a la salud y la calidad de este; caso contrario, para una persona con nivel



adquisitivo bajo, que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones serán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

- Factores de riesgo genéticos: aproximadamente de 5 a 10% de los casos de cáncer del seno está relacionado con cambios (mutaciones) en ciertos genes. Los cambios genéticos más comunes son los cambios en los genes BRCA 1 y BRCA 2.

Las mujeres con estos cambios genéticos presentan hasta un 80% de probabilidad de desarrollar cáncer del seno durante sus vidas; pero se han descrito más cambios genéticos que también pueden incrementar el riesgo.

- Antecedentes personales de cáncer del seno: Una persona que tenga o haya tendido patologías malignas de seno tiene mayores probabilidades de desarrollar otro tumor maligno de novo; sin considerarse recurrencia o recaída.

### **Otros factores de riesgo:**

- **Menarquia y menopausia:**

- ✓ Menarquia: Es el primer periodo menstrual que ocurre en la pubertad y depende del aumento gradual de la secreción de hormonas gonadotrópicas por parte de la hipófisis. El Fibroadenoma puede aparecer en la adolescencia, pero no se correlaciona con la edad de la menarquia.<sup>26</sup>
- ✓ Menopausia: Es el cese permanente de la menstruación; definido como amenorrea consecutiva después de 12 meses y se debe a la atresia total de los folículos ováricos. El cese de la actividad endocrina del ovario es progresivo y conduce a alteraciones en los niveles de hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.<sup>27</sup>
- ✓ Menarca precoz y menopausia tardía: Hay consenso en que el riesgo de desarrollar cáncer de mama es mayor cuando la menarca ocurre antes de los 12 años y/ o cuando la edad de la menopausia es superior a los 55 años; lo que sugiere un mayor tiempo de exposición a los estrógenos ováricos.<sup>28</sup>

Por cada 2 años de retraso de la menarca, hay un 10% de reducción de este riesgo. Por cada año de retraso de la menopausia hay un riesgo relativo (OR) aumentado de 1.03 de desarrollar cáncer de mama.<sup>29</sup>

- **Gravidez:**

La multiparidad como la lactancia prolongada (> 6 meses), tienen un efecto protector contra el cáncer de mama debido a que disminuyen los ciclos ovulatorios y la exposición estrogénica.<sup>29</sup>

Durante el embarazo las células mamarias se diferencian para prepararse para la lactancia, estas células presentan un ciclo celular más largo lo cual permite reparar el ADN dañado; reduciendo potencialmente la posibilidad de mutaciones. Por tanto, a mayor número de embarazos, menor riesgo de padecer cáncer de mama.<sup>30, 31,32</sup>

- **Lactancia materna:**

Los riesgos de cáncer de mama se reducen si la mujer amamanta durante más de 1 año; los beneficios son menores si este periodo es menor a un año<sup>33</sup>.

The Lancet en 2002, presento un metaanálisis de 150.000 mujeres encontrando que, por cada 12 meses de lactancia materna el riesgo de cáncer de mama disminuyó en un 4.3%, vs. Las mujeres que no amamantaron<sup>34</sup>.

Archives of Internal Medicine en 2009, se evidenció que, en un grupo de 60.000 mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, redujeron su riesgo de presentar patologías mamarias antes de la menopausia en un 60% si habían dado de amamantar<sup>34</sup>. Por último, en un estudio con una población de 37.000 casos de cáncer de mama se documentó una reducción del 20% de desarrollarlo en mujeres con receptor de estrógenos negativo para las mujeres que amamantaron<sup>34</sup>.

- **Antecedentes familiares:**

Las mujeres con parientes cercanos que han sido diagnosticados con cáncer de mama tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad.

Si un familiar femenino de primer grado (madre, hermana, hija) ha sido diagnosticado con cáncer de mama, el riesgo se duplica, pero si dos familiares de primer grado han sido diagnosticados el riesgo es 5 veces superior al promedio.

En algunos casos, tener antecedentes familiares muy altos de cáncer de mama está ligado a tener un gen anormal como el gen *BRCA1* o *BRCA2*; pero en otros casos, una anomalía del gen *CHEK2* puede desempeñar un papel en el desarrollo del cáncer de mama.<sup>35</sup>

- **Anticoncepción hormonal:**

El rol de la progesterona, los estrógenos y sus receptores en el desarrollo de la patología mamaria benigna es incierto; el hecho que los fibroadenomas aparezcan en el periodo posmenárquico, tiendan a aumentar en el embarazo y a disminuir en la menopausia lo cual apoya que son hormono dependientes.<sup>36</sup>

El estudio del efecto de la progesterona sobre la proliferación celular ha mostrado resultados contradictorios; Mauvais-Jarvis et al.; Gompel et al.; reportaron un efecto anti-proliferativo de la progesterona sobre células de tejido mamario normal; sin embargo, Kramer et al.; describieron que el efecto de la progesterona podía estimular o inhibir la proliferación celular.<sup>37,38,39</sup>

El componente protagénico de los anticonceptivos orales ha sido estudiado y no hay evidencia en datos epidemiológicos que su uso aumente la incidencia; es más su uso podría mostrar una disminución de las mismas.

En un gran estudio de cohorte de 265.402 mujeres, se evaluaron diferentes factores de riesgo para presentar fibroadenomas y el mayor tiempo de uso de anticoncepción oral se relacionó con reducción.

La relación de cáncer y uso de esteroides se realizó en un estudio de casos y controles denominado CASH basado en ocho registros de programas de vigilancia, epidemiología y resultados finales (SEER) durante los años ochenta; para investigar la relación entre el uso de anticonceptivos orales y los cánceres de mama, endometrio y ovario entre mujeres estadounidenses.

El estudio CASH encontró que el uso actual o anterior de anticonceptivos orales no parecía estar asociado con un riesgo significativamente mayor de cáncer de mama y se asoció a reducción del riesgo de cáncer de ovario.

Más recientemente el Estudio de Mujeres Contraceptivas y Reproductivas (CARE), corroboró los resultados anteriores de que el uso de anticonceptivos orales no parece aumentar el riesgo de cáncer de mama en las mujeres que los utilizan.<sup>41</sup>

## **DISEÑO METOLÓGICO.**

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Descriptiva-transversal.

**PERÍODO Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN:** Se desarrolló en 3 UCSF de los siguientes departamentos Chalatenango, La Libertad y San Vicente entre los meses de julio a agosto del 2017.

**UNIVERSO:** 6,804 mujeres, del Programa Operativo Anual (POA) que consultan en las UCSF de El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique, La Libertad; San Jacinto, Apastepeque, San Vicente.

**MUESTRA:** Mujeres que consultaron en la UCSF antes mencionadas con edades entre 15 a 59 años.

### **Diseño muestral:**

El muestreo probabilístico se seleccionó de forma aleatoria simple sin reposición.

El cálculo de la muestra se obtuvo en el POA de cada UCSF acerca de la población femenina entre las edades de 15 a 59 años respectiva a cada unidad, donde se obtuvo las siguientes poblaciones: UCSF El Paraíso, Chalatenango: 4,476 mujeres; San Alfonso, Tamanique, La Libertad: 1,865 mujeres; San Jacinto, Apastepeque, San Vicente: 463 mujeres; dando un total de 6,804 mujeres.

Esta población fue introducida en el software estadístico: *openepi.com*. Versión 3.01 año 2013, en donde se calculó la muestra con un índice de confianza del 95%, frecuencia anticipada: 50% y efecto de diseño: 1.0; obteniendo como resultado una muestra de 364 pacientes.

### **VARIABLES.**

Dependiente: Identificación de patologías mamarias.

Independiente: Técnica del autoexamen de mamas.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Técnica
Identificar los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de patologías mamarias.	Factores de riesgo	Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o una lesión.	Relación entre los factores que predisponen a la aparición de patologías mamarias.	Menarquia.	5-10, 11-15, 16-20, no ha tenido	Entrevista y cuestionario
				Menopausia.	30-40, 41-50, 51-59, no ha tenido	
				Planificación familiar.	Si/No	
					Métodos: ACOS, inyectables mensual, bimensual y trimestral; otros	
					<6 meses, 6 meses-1 año, 1-2 años, >2 años.	
				Fórmula obstétrica	G_P_P_A_V_	
				Lactancia materna	Si/No	
Antecedentes familiares	Si/No					
Investigar la relación entre el	Nivel de educación	Avance educativo que tenga una	Correlación entre la educación y	Escolaridad	Básica, bachillerato,	

nivel educativo de la población femenina y la realización del autoexamen de mama.		persona.	conocimiento/realización del autoexamen de mamas.		universitario, no estudio	
Evaluar la realización del autoexamen mamario y la fuente de información de la población femenina de 15 a 59 años.	Autoexamen de mamas	Es un chequeo que una mujer se realiza para buscar cambios o problemas en el tejido mamario.	Saber si las pacientes se realizan el autoexamen de mamas y de donde obtuvieron la información sobre la técnica.	Ha recibido información	Si/No	
				Fuente de información	Internet, médico, familiares, otros.	
				Realización del autoexamen	Si/No	
Verificar la periodicidad con que se realizan el autoexamen de mama.	Periodicidad.	Frecuencia con la que aparece, sucede o se realiza una cosa repetitiva.	Conocer con qué frecuencia las pacientes se realizan el autoexamen de mama.	Realización del autoexamen.	Si/No	
				Frecuencia.	Cada mes, cada 3 meses, cada 6 meses, cada año.	
Cuantificar patologías mamarias benignas o malignas encontradas en el periodo de investigación.	Patologías mamarias	Trastornos anatómicos y fisiológicos del tejido de la mama.	Identificar hallazgos positivos en el autoexamen de mamas.	Anormalidades encontradas	Si/No	

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

Pacientes femeninas, entre los 15 y 59 años que consultaron en las UCSF El Paraíso, Chalatenango; UCSF San Alfonso, Tamanique, La Libertad y UCSF San Jacinto, Apastepeque, San Vicente, en el período de julio a agosto de 2017.

## **TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

En esta investigación se utilizó una entrevista en donde se obtuvo el consentimiento informado (Anexo 2) y posteriormente a la autorización de la paciente se obtuvo la información mediante un cuestionario de 17 preguntas tanto abiertas como cerradas. (Ver Anexo 3)

No se utilizaron estudios de laboratorio, ni de imagenología.

## **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

Después de la recolección de la información, se procedió a realizar una base de datos, los cuales serán presentados en frecuencia y porcentajes y se harán gráficos procesados en Microsoft Office Excel.



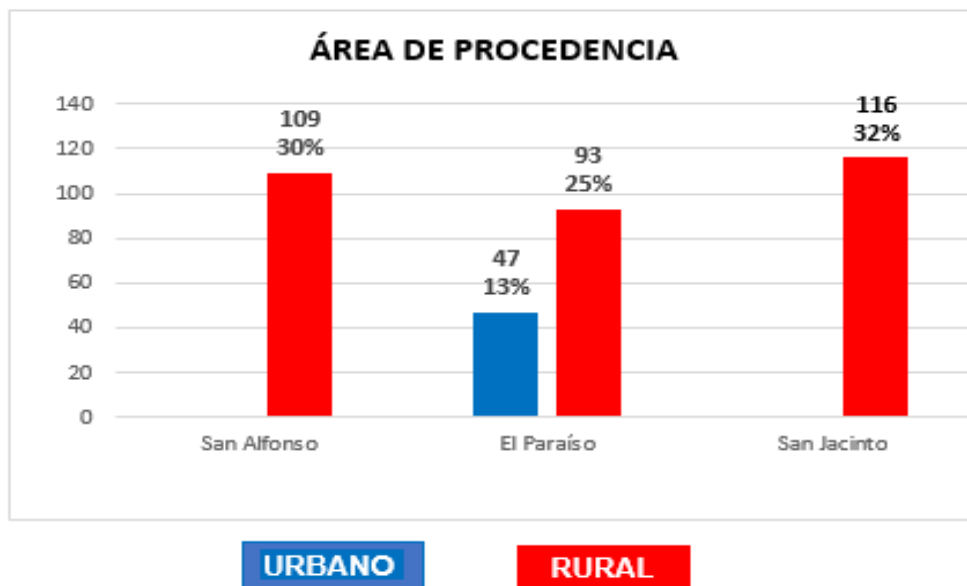
## RESULTADOS

(Ver Anexo 4)

### DATOS GENERALES

La mayoría de las mujeres entrevistadas que participaron en el estudio viven en el área rural 318 (87%) y únicamente 47(13%) son del área urbana provenientes del Paraíso, Chalatenango. (Grafico 1)

**Gráfico 1.**  
**Área donde habita.**



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamancaque; sobre el autoexamen de mamas, en el periodo de julio-agosto de 2017.

De las mujeres estudiadas el mayor porcentaje 44% tiene entre 1 y 3 hijos, seguido por un 32% que tiene de 4 a 6 hijos, 15% son nulíparas y solo un 9% tienen más de 7 hijos. (Tabla 1)

**Tabla 1.**

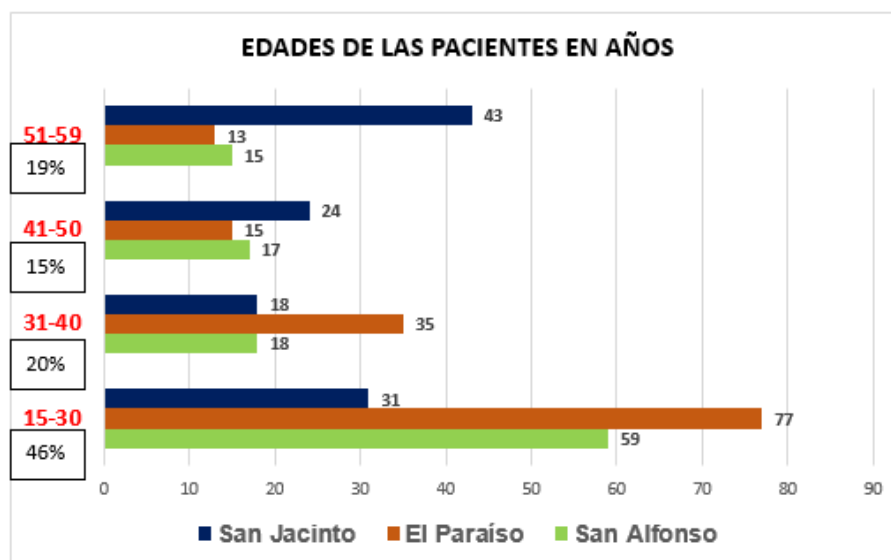
**Número de hijos**

Gravidez (# de hijos)	0	1–3	4–6	>7	Total
San Alfonso	13	56	23	17	109
El Paraíso	26	77	31	6	140
San Jacinto	17	26	64	9	116
<b>Total</b>	<b>56 (15%)</b>	<b>159 (44%)</b>	<b>118 (32%)</b>	<b>32 (9%)</b>	<b>365 (100%)</b>

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

El 46% de la población fueron mujeres entre 15 y 30 años (46%), seguido por el grupo entre 31 y 40 años (20%), el tercer grupo comprende mujeres entre 51 a 59 años (19%) y el menor porcentaje (15%) mujeres de 41 a 50 años. (Gráfico 2)

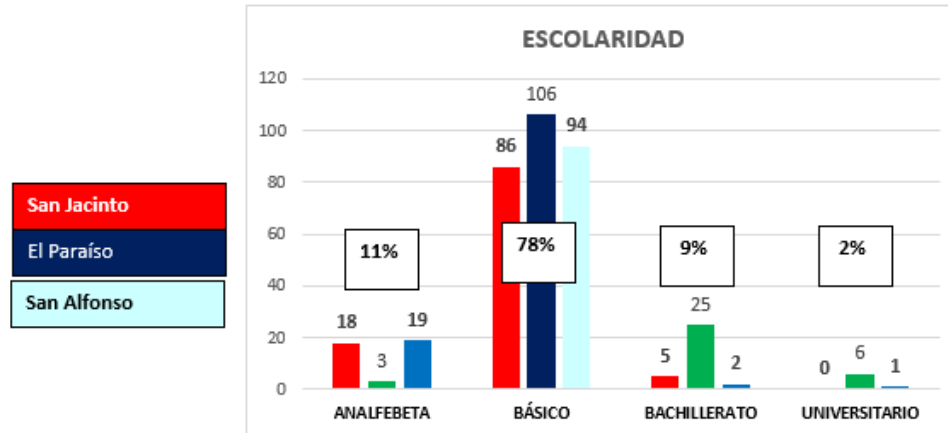
**Gráfico 2. Edad de la población estudiada.**



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

La mayoría de la población tiene escolaridad hasta nivel básico 78%, seguido por la población analfabeta 11%, bachillerato 9% y nivel universitario únicamente el 2%.

**Gráfico 3.**  
**Escolaridad**



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

### FACTORES DE RIESGO (Ver Tabla 2)

La menarquia, en 313 (86%) de las pacientes fue entre los 11 y 15 años, se presentó en menores de 10 años en 30 (8%) y mayor de 16 años en 22 (6%).

La menopausia, en 69 mujeres (19%) se presentó entre los 41 a 50 años, seguido por 16 pacientes (4.3%) que tuvieron su menopausia entre los 51 a 59 años y solo una mujer presentó menopausia debajo de los 40 años; la mayoría de las pacientes 279 (76.4%) se encontraba en edad fértil.

Los métodos de planificación familiar fueron utilizados en el 74% de la población y de ellos el más utilizado fue la inyección trimestral en un 49%, seguido por anticonceptivos orales 23%, inyección mensual 13%, inyección bimensual 7% y un

8% representado por otros métodos como: DIU, métodos de barrera y esterilización quirúrgica femenina.

La mayoría ha planificado por un tiempo mayor a 24 meses (66%), seguido por un período de 12 a 24 meses en un 20%, y menos de 6 meses y de 6 a 12 meses en un porcentaje igual, 14% entre las dos opciones.

La lactancia materna fue positiva en 286 (78%) de las pacientes. No han dado de amamantar 79 (22%).

Los antecedentes de patologías mamarias se encontraron en bajo porcentaje 25 personas (7%) contra 340 (93%) sin ningún antecedente.

Tabla 2. Factores de riesgo.

EDAD (AÑOS)		MENARQUIA		EDAD (AÑOS)		MENOPAUSIA	
<10		30 (8%)		30-40		1 (0.3)	
11-15		313 (86%)		41-50		69 (19%)	
>16		22 (6%)		>50		16 (4,3%)	
EDAD FERTIL							
n		279		%		76.4%	
PLANIFICACION FAMILIAR							
POSITIVO				NEGATIVO			
n		%		n		%	
269		74		96		26	
TIPO DE METODO							
		N		%			
Anticonceptivos Orales		62		23			
Inyección Mensual		36		13			
Inyección Bimensual		19		7			
Inyección Trimestral		131		49			
Otros		21		8			
TIEMPO DE PLANIFICACIÓN (meses)							
< 6 m		6 - 12 m		12 – 24 m		>24 m	
18(7%)		18 (7%)		53 (20%)		178 (66%)	
LACTANCIA MATERNA							
POSITIVO				NEGATIVO			
n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
286 (78%)				79 (22%)			
PATOLOGIA MAMARIA							
POSITIVO				NEGATIVO			
n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
25 (7%)				340 (93%)			

## **INFORMACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS**

La información recibida previamente sobre el autoexamen de mamas de las participantes del estudio fue 46%, frente a 54% que no tenían ni un conocimiento previo del procedimiento.

La información sobre la realización de la técnica la obtuvieron en un 52% por el personal médico, personal paramédico en un 32% especialmente por enfermería, por otros familiares en un 9% y en internet 7%.

Únicamente el 38% se realiza la técnica con la frecuencia recomendada es decir mensualmente; cada 3 meses 22%, cada 6 meses 24% y anualmente 16% de las mujeres entrevistadas.

En el 69% de los casos no realizaban el autoexamen mamario pues no sabían cómo realizárselo; al 16% no le interesa la evaluación y el 15% cree que no es de utilidad.

En 353 (96.7%) de las evaluadas no se encontró ninguna anormalidad al realizársele el procedimiento y únicamente en 12 (3.3%) se encontraron hallazgos positivos, los cuales fueron: en 11 pacientes se palparon nódulos mamarios y 2 de esos casos se acompañaba de linfedema en el miembro superior ipsilateral, y una paciente con cáncer de mama previamente diagnosticado.

Por lo que la sospecha clínica por los hallazgos encontrados fueron 3 casos de cáncer de mama y el resto parece corresponder a probables fibroadenomas; el estudio no permitió el seguimiento de este grupo de pacientes para confirmar su diagnóstico y pronóstico.

Las mujeres con hallazgos positivos fueron 12 y todas proceden del Paraíso, Chalatenango; del área urbana son 6 (50%) y del área rural 6 (50%); con una media de edad de 28 años, con un rango entre 15 y 43 años.

Una paridad con una media de 2 hijos, con rangos entre 0 a 6 hijos.

En la escolaridad solo se encontró una analfabeta (8%), educación básica 8 (67%) y bachillerato 3 (25%).

La menarquia entre los 11 a 15 años la presentaron 7 (58.3%) mujeres, menor a 10 años 4 (33.3%), y solo una daba historia de tener más de 15 años (7%).

El 100% está en edad fértil y utilizan 9 (75%) métodos anticonceptivos y 3 (25%) no los utilizan.

De las que utilizan los métodos de planificación familiar, 6 mujeres (67%) planifican con inyección trimestral, las 3 restantes (33%) hacen uso de la inyección mensual, bimensual y otro método de anticoncepción.

De las mujeres que dieron lactancia materna fueron 6 (50%) y no han dado de amamantar 6 (50%) de ellas.

Antecedentes positivos para patologías de la mama fueron 3 (25%) y 9 (75%) no tenían antecedentes familiares.

Todas las mujeres se realizan el autoexamen de mamas, pero solo 6 (46%) de forma correcta como está estipulado. En 6 (55%) casos la información la brindo el personal médico, en 3 (27%) casos el personal paramédico (enfermeras) y familiares en 2 (18%) casos. Una persona refiere nunca haber recibido información de cómo realizarse correctamente el autoexamen de mamas.

**Tabla 3. Resultados de las mujeres con anomalías en el autoexamen de mama.**

N	EDAD	ÁREA	PARTOS	ESCOLARIDAD	MENARQUIA	SEXUALMENTE ACTIVA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	TIPO	TIEMPO	LACTANCIA MATERNA	ANT. FAMILIARES DE ENF. DE MAMA	REALIZACIÓN	INFORMACIÓN	FRECUENCIA
1	43 años	Urbano	5	Analfabeta	>16 años	Si	Planifica	Inyección trimestral	>12m	Si	Si	Si	Médico	Mensual
2	24 años	Urbano	2	Bachillerato	11 a 15 años	Si	Planifica	Inyección trimestral	>2a	Si	Si	Si	Médico	3 meses
3	17 años	Rural	1	Básico	11 a 15 años	Si	Planifica	Inyección trimestral	12-24 m	No	No	Si	Paramédico	Anual
4	36 años	Urbano	0	Básico	11 a 15 años	Si	Planifica	Inyección mensual	>2a	No	No	Si	Familiar	6 meses
5	21 años	Rural	1	Básico	<10 años	Si	Planifica	Inyección trimestral	12-24m	Si	No	Si	Médico	Mensual
6	28 años	Urbano	4	Bachillerato	11 a 15 años	Si	No planifica	No planifica	No planifica	Si	Si	Si	Médico	Mensual
7	19 años	Rural	0	Básico	<10 años	Si	Planifica	Otros métodos	<6m	No	No	Si	Médico	Mensual
8	40 años	Urbano	3	Básico	<10 años	Si	Planifica	Inyección trimestral	<6m	No	No	Si	Médico	Mensual
9	29 años	Rural	6	Básico	<10 años	Si	Planifica	Inyección bimensual	12-24m	Si	No	Si	Paramédico	Mensual
10	18 años	Rural	0	Bachillerato	11 a 15 años	Si	No planifica	No planifica	No planifica	No	No	Si	Paramédico	3 meses
11	20 años	Urbano	0	Básico	11 a 15 años	Si	Planifica	Inyección trimestral	>2a	No	No	Si	Familiar	Anual
12	31 años	Urbano	1	Básico	11 a 15 años	Si	No planifica	No planifica	No planifica	Si	No	Si	Ninguna	6 meses



## DISCUSIÓN

El conocimiento permite a las personas tomar mejores decisiones en salud y reducir los riesgos al adoptar hábitos saludables, y de existir factores de riesgo estar alerta en la prevención de la enfermedad, mediante métodos no invasivos independientemente del cáncer que se esté considerando.

Entre los factores de riesgo externos encontrados en la población estudiada era que la mayoría provenía del área rural 87%, la baja escolaridad 89%; sin embargo, al contrastar con los resultados de las mujeres que tenían anomalías en el autoexamen 64% provenían del área urbana y 36% del área rural.

Con respecto a la realización del autoexamen de mama se pudo observar que la mayoría de las que se lo realizan tienen una educación básica y a pesar de tener escolaridad mayor como bachillerato o universitarias no fue un factor que favoreciera en la realización de la técnica.

Se pudo evaluar que a pesar de que muchas de las mujeres que habían recibido información sobre la técnica no comprendían los pasos a seguir y en algunos casos no consideraban necesario para la detección precoz de la patología mamaria.

Solo en el caso de una mujer analfabeta se realizaba correctamente la evaluación debido a que tenía antecedentes familiares positivos para cáncer de mama y en el presente estudio se encontró hallazgos anormales en la evaluación.

Por lo que se podría inferir que independientemente de la educación, el tema de conciencia sobre el cáncer de mama es algo que hay que trabajar con mas profundidad en el género femenino.

De las 14 mujeres encontradas con hallazgos anormales en el autoexamen de mama el factor de riesgo más importante es el antecedente familiar de cáncer de mama 79% y lamentablemente una no se lo realizaba y el resto solo lo hacia de forma correcta en el 46% de los casos.

Entre los factores protectores y de riesgo estudiados, se encuentran: la menarquia precoz como un factor de riesgo debido a un mayor tiempo de exposición a estimulación por estrógenos, 4 pacientes de 12 con hallazgos han tenido una menarquia antes de los 10 años. La paridad de una mujer, entendiéndose que a mayor paridad menor riesgo de padecer cáncer de mama debido a que disminuyen los ciclos ovulatorios y la exposición estrogénica, 4 de 12 mujeres son nulíparas, y el resto han estado al menos una vez embarazadas. La mitad de las pacientes con hallazgos positivos han dado lactancia materna, es decir 6 de 12 mujeres no han tenido el factor protector que da la lactancia materna. Las mujeres con parientes cercanos que han sido diagnosticados con cáncer de mama tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad; 3 pacientes tienen antecedentes familiares de patologías mamarias no identificadas. Sobre anticoncepción hormonal es incierto si realmente influye en la aparición de enfermedades de la mama, careciendo de importancia que 9 de 12 pacientes hayan utilizado o utilicen métodos anticonceptivos.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados de las encuestas, se puede observar que la mayoría de la población pertenece al área rural, siendo este un 87% de la muestra y un 13% pertenece al área urbana. De las 365 mujeres encuestadas, un 46% se encuentra entre las edades de 15 a 30 años; un 20% de 31 a 40 años; un 15% entre los 41 a los 50 años y un 19% entre los 51 a 59 años. La importancia de dichos datos radica en que el objetivo principal del autoexamen de mamas es la detección precoz de patologías mamarias, entre las cuales podemos mencionar: cáncer de mama, fibroadenomas, nódulos mamarios. Algunas de estas patologías, predominan mayoritariamente entre la 5° y 6° década de la vida, que, en el caso de la investigación, un 34% de la muestra se encuentra entre estas edades, es decir, alrededor de 127 mujeres; siendo este 34% una población con un factor de riesgo adicional a las demás mujeres, que, por lo tanto, requiere mayor hincapié en la realización periódica del autoexamen de mamas, así como en la educación y prevención de enfermedades mamarias.

Para que una mujer realice el autoexamen de mamas, es necesario que haya recibido información previamente, este es el punto más importante y más influyente en la realización de la técnica; se encontró que el 54% de la muestra no ha recibido información acerca de la técnica del autoexamen de mamas, mientras que, un 46% la ha recibido. Es decir, que más de la mitad de las mujeres encuestadas desconocen sobre el autoexamen de mamas, colocándose en una población vulnerable para la detección precoz de enfermedades mamarias.

De la población que ha recibido información acerca del autoexamen de mamas, 52% de ellas la han obtenido a través de un médico, el 32% conoce sobre la técnica a través de personal paramédico, tales como: enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud. Un 9% a través de familiares, y el 7% restante ha buscado información en internet. Para asegurar la veracidad de la información, el personal de salud debería ser el encargado de impartir esta charla, así como la demostración de la técnica. La información que se encuentra en internet o la que

se da por los familiares, puede no ser del todo fiable, dificultando la comprensión de la técnica; a la vez, los familiares o vecinos que no han entendido totalmente la técnica, puede pasar información errónea a las demás personas, dificultando aún más el entendimiento acerca del autoexamen de mamas.

En la comprensión total y la realización periódica del autoexamen de mamas, pueden influir varios factores, entre los cuales, la escolaridad es uno de los puntos más importantes. De las mujeres entrevistadas, un 11% es analfabeta; un 78% de ellas han estudiado hasta el nivel básico; un 9% terminó el bachillerato; y, un 2% cursó niveles universitarios. Entendiéndose que, a mayor grado de escolaridad, mayor será la comprensión sobre la técnica del autoexamen de mamas, así como la importancia sobre su realización periódica, se habla del 11% de la población que tuvo estudios arriba del nivel básico. Con el 89% restante, pueden existir varios factores que dificulten la comprensión total del autoexamen de mamas, por ejemplo: el uso de panfletos o material de lectura pueden no ser útiles para el 11% analfabeto, e inclusive para el 78% que estudió a nivel básico.

Sabiendo que el 46% de la población ha recibido información sobre el autoexamen de mamas, podemos correlacionarlo con el dato que el 30% de las pacientes entrevistadas se realiza el autoexamen de mama, en contraste con un 70% que no se auto examina. Siendo la falta de información el factor más influyente con 69% de las pacientes, seguido de un 15% de mujeres que creen que no es necesario realizárselo y, un 16% que no le interesa auto examinarse.

De las 109 mujeres que manifestaron realizarse el autoexamen de mamas, un 38% lo hace mensual; un 22% cada 3 meses; un 24% cada 6 meses; mientras que un 16% lo realiza cada año. Pudiéndose inferir de estos datos, que solamente 42 mujeres entienden la importancia de la realización mensual del autoexamen de mamas, es decir un 11% de la población en general.

Posterior a la entrevista, se realizó un examen físico de mamas, en donde se encontraron hallazgos anormales en un 3% de las pacientes y el resto negativo en un 97%.

Además de la evaluación del conocimiento de la técnica el autoexamen de mamas, también se indagó sobre los factores de riesgo que predisponen a enfermedades mamarias, entre los cuales la edad de la menarquía es uno de ellos; todas las mujeres del estudio han tenido su menarquía. Un 8% de mujeres entrevistadas tuvo su primera menstruación entre los 5 y 10 años, un 86% entre los 11 y 15 años; y entre los 16 a 20 años un 6% cada uno. La población que mayor enfoque se hace es la que tuvo su menarquía entre los 5 y los 10 años, ya que esto aumenta el tiempo de exposición a los estrógenos con cada ciclo menstrual.

Continuando con los ciclos menstruales, otro factor de riesgo es la edad de menopausia, entendiéndose que a mayor edad de aparecimiento de la menopausia, mayor es el riesgo a padecer ciertas patologías mamarias, como el cáncer de mama; de la población encuestada el 77% aún ven su menstruación; el 0.4% tuvo su menopausia entre los 30 y 40 años; un 19% entre los 41 a 50 años y, el 4% entre los 52 a 59 años

La paridad, como otro factor de riesgo, también fue investigado, en donde se encontró que el 15% de la población nunca ha estado embarazada; el 44%, han tenido de uno a tres embarazos; el 32% de pacientes ha tenido de cuatro a seis embarazos y, el 9% restante, más de 7 embarazos. El 85% de la población ha estado embarazada en alguna ocasión, esto puede interpretarse como un factor protector para el desarrollo de enfermedades mamarias. A su vez, de estas 309 mujeres que han estado embarazadas una o más veces, el 78% de ellas dio lactancia materna alguna vez, mientras que, el 22% no lo hizo.

Uno de los factores de riesgo más influyentes en la aparición de enfermedades mamarias, son los antecedentes familiares, especialmente aquellos de familiares de primer grado; de las mujeres entrevistadas, un 7% tiene antecedentes familiares, de primer o segundo grado de consanguinidad, entre las cuales se encuentran: cáncer de mama, fibroadenomas, abscesos. El resto de la población carece de dichos antecedentes; por lo tanto, la prevalencia hereditaria en las poblaciones investigadas es muy baja, convirtiéndose en un factor protector.

Otro factor de riesgo que se investigó fue el uso de métodos de planificación familiar, en donde se reveló que en la población estudiada un 74% ha utilizado métodos de planificación familiar alguna vez, mientras que, un 26% nunca ha planificado. De las 269 mujeres que manifestaron haber usado métodos de planificación familiar, el 66% de ellas refirió haberlos utilizado por más de 2 años; un 20% entre más de 1 año a menos de 2 años; el 7% entre 6 meses a menos de 1 año y, un 7% menos de 6 meses. Entre los métodos de planificación más utilizados, se encuentran: la inyección trimestral con un 49%, los anticonceptivos orales con un 23%, la inyección mensual con un 13%, la inyección bimensual con un 7%. Y en otros métodos de planificación familiar, como el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización quirúrgica femenina, se encuentra un 8%. Con base en la teoría, se conoce poco acerca del rol ya sea protector o perjudicial, de los métodos de planificación familiar para el desarrollo de patologías mamarias con el uso crónico.

## RECOMENDACIONES

1. Concientizar a la población femenina sobre la importancia de conocer su cuerpo y realizarse el autoexamen de mama, cada mes, siete días después de presentar el cese del periodo menstrual utilizando la técnica adecuada.
2. Motivar a las mujeres a consultar al centro de salud más cercano cuando encuentren alguna anomalía al autoexaminarse las mamas, para evaluación por personal médico y completar estudios de patología mamaria.
3. Implementación de campañas, dando charlas educativas e interactivas, intra y extramurales sobre la autoevaluación de las mamas. Además, realizar demostraciones con un modelo de una mama, sobre los pasos a seguir para autoexaminarse correctamente.
4. Continuar promoción de la lactancia materna en las mujeres en edad fértil, como factor protector contra patologías mamarias a través de la consejería impartida durante las atenciones en cada establecimiento de salud.
5. Que las unidades de salud UCSF B San Jacinto, UCSF B San Alfonso y UCSF I El Paraíso cuenten con el material visual necesario para educar a la población sobre el autoexamen de mama.
6. Orientar a la población femenina para solicitar información sobre la técnica adecuada de autoevaluación de mamas.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Falcón Rodríguez A. Autoexamen mamario: nivel de conocimiento en mujeres mayores de treinta años en el área urbana del policlínico Baraguá [tesis]. Ciego de Ávila: Policlínico Docente Baraguá; 2005.
2. WHO [www.who.int] Cáncer de Mama: prevención y control, 2008. [http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es].
3. Rojas Hernández S, Hernández Jaramillo N, Pereira Ruiz Y. Incidencia del cáncer de mama en el hospital “Celestino Hernández Robau” [tesis]. Villa Clara: Hospital “Celestino Hernández Robau”; Cuba, 2005.
4. Pérez Suárez I. Cuidado con el cáncer de mama. [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer de Mama; 2009. Disponible en: <http://www.39ymas.com/comunidad/articulo%20mes/Cuidado-cancer/>
5. González Hernández L, Meneses Álvarez E, Ledo Grogues D. Mujeres del consultorio familiar y el auto examen mamario [tesis]. Ciudad de La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2009.
6. Manrique F, Ospina J, Vega N, Morales A, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2012; 30: 18-27.
7. Aronowitz, Robert A. (2007). *Unnatural history: breast cancer and American society*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. pp. 222–223. ISBN 0-521-82249-1.
8. Lerner, Barron H. (2001). *The breast cancer wars: hope, fear, and the pursuit of a cure in twentieth-century America*. Oxford [Oxfordshire]: Oxford University Press. p. 55.
9. Circuelle Foundation. [www.circuellefoundation.org] *The Mystery Uncovered: Breast Self-Exams*, 2014. Disponible en: [www.circuellefoundation.org/blog/item/the-mystery-uncovered-breast-self-exams.html](http://www.circuellefoundation.org/blog/item/the-mystery-uncovered-breast-self-exams.html).
10. Quiroz, GF. 2000. *Anatomía humana*. 26 ed. México, Editorial Porrúa S.A., p.325-400.
11. Rouvière, H. 2004. *Anatomía humana*. Madrid, Bailly-Bailliere, S.A. p. 2, 492-495; 163-165.



12. Guyton, CG; Hall, JE. 2006. Tratado de fisiología médica. 11 ed. Estados Unidos de América, Editorial Elsevier. p. 355-360.
13. Calatroni, C; Ruiz, V. 2002. Tratado de ginecología. Caracas, VE, Editorial Médica Panamericana. p. 426 – 427.
14. Aznar F, Cortadellas T, Xercavins J. Patología benigna de la mama II: Tumores benignos de mama. En: Kazlaukas S, Zapardial I. Fundamentos de Ginecología. SEGO. Madrid; 2009. p. 475-81.
15. Sabel M. [ws001.juntadeandalucia.es] Benign breast disease. 2013 September. Disponible en: <https://ws001.juntadeandalucia.es/Bvsspa/uptodate/contents/overview-ofbenign-breast-disease>. Revisado en: mayo 2017.
16. Orribo O et al. Tumor Phyllodes de mama: Clínica, tratamiento y pronóstico. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(6): 389-94.
17. Ortega, J. M. Lesiones papilares de la mama. Hospital Universitario “Dr. Mario Muñoz Monroy”. Municipio Colón, Matanzas. Revista Médica Electrónica, 2008.
18. Fuentes J, Ruiz J, Suárez B, Zumztein D. Liposarcoma metastásico en mama de origen testicular: a propósito de un caso. Col med estado Táchira. Venezuela, 2008;17(2):49-53
19. Rivera R, Henríquez C, Varela S. Metástasis pulmonar de tumor phyllodes: reporte de caso y revisión de literatura. Rev méd hondur. 2008;76(4):167-9.
20. Registro Nacional de Tumores del Instituto Nacional del Cáncer de El Salvador “Dr. Narciso Díaz Bazán” Mujeres Fallecidas por Cáncer en el área Metropolitana de San Salvador 1997- 2003.
21. Rivas Amaya, J. R. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama. El Salvador, marzo 2006; 9-10.
22. Gálvez Espinoza, M. 2013. Relación entre el conocimiento del autoexamen de mama y la prevención del cáncer de mama. Policlínico Docente Gaspar “Dr. Mario Paez Inchausti”. Baragua.
23. Oyarzún E. Factores protectores. Enfoque juridico2009. Disponible en: [http://enfoquejuridico2009.blogspot.com/2012\\_05\\_01\\_archive.html](http://enfoquejuridico2009.blogspot.com/2012_05_01_archive.html).
24. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud 2010; 15(1): 128-143

25. Coliman. K. Fundamentos de epidemiología. 3ª ed. Bogotá: Diaz de Santos editores; 2010.
26. Lefrancois, 2001. [<http://catarina.udlap.mx>] Disponible en: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/madrid\\_c\\_s/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/madrid_c_s/capitulo1.pdf). Revisado en: Agosto 2017.
27. Abel Coutado Méndez M. [[www.pdcorynthia.sld.cu](http://www.pdcorynthia.sld.cu)]. Menopausia y climaterio, 2004. Disponible en: [www.pdcorynthia.sld.cu/Documentos/.../Menopausia%20y%20Climaterio.pps](http://www.pdcorynthia.sld.cu/Documentos/.../Menopausia%20y%20Climaterio.pps). Revisado en: Agosto 2017.
28. Molina, M.; Reigosa, A.; Nobrega, D; Molina, Y. Receptores de estrógeno y progesterona en cáncer de mama. Asociacion con variables clinicopatologicas. Revista Salus Online Facultad de Ciencias de la Salud Univesidad de Carabobo (Valencia- Venezuela). 2001, vol. 5, nº3. Disponible en: <http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol5n3/7est.pdf>
29. Majlis S. Hormonas femeninas y cáncer de mama: Estado de la polémica y evidencias en 2008, ¿Qué responder a las pacientes? Revista Chilena de Radiología. 2008, vol 14 nº3, pp 113-121. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchradiol/v14n3/art03.pdf>
30. Scheitlin, B. Obesidad en mujeres con cáncer de mama: Estudio de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama del Servicio de Patología Mamaria del Hospital Centenario. 2008, 56 p.
31. Alfaro Urquizo, J. Cirugía: I cirugía general. Cap 25.2: Cáncer de mama. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina. Lima (Peru), 1999. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_25-2\\_C%C3%A1ncer%20de%20Mama.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_25-2_C%C3%A1ncer%20de%20Mama.htm)
32. Actis, A; Bergoc, R.; Quartucci, A ; Outomuro, D. Factores de Riesgo Convencionales y Emergentes en Cáncer de Mama: un estudio en pacientes posmenopáusicas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2009, vol.74, nº3, pp. 135-142. Disponible en: . ISSN 0717-7526. doi: 10.4067/S0717-75262009000300002
33. Breast Cancer [[www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org)], Antecedentes de lactancia. 2017. Disponible en: [http://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/antec\\_lactancia](http://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/antec_lactancia). Revisado en: agosto 2017.

34. Fit Pregnancy [www.FitPregnancy.com] Does breastfeeding really reduce your risk of breast cancer? 2017. Disponible en: <https://www.fitpregnancy.com/baby/breastfeeding/does-breastfeeding-really-reduce-your-risk-breast-cancer>. Revisado en: Agosto 2017.
35. Breast Cancer [www.breastcancer.org], Antecedentes Familiares. 2017. Disponible en: [http://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/antecedentes\\_familiares](http://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/antecedentes_familiares). Revisado en: agosto 2017.
36. Giani C, D'Amore E, Delarue JC, Mouriessse H, May-Levin F, Sancho-Garnier H, Breccia M, Contesso G. Estrogen and progesterone receptors in benign breast tumors and lesions: relationship with histological and cytological features. *Int J Cancer* 1986; 37:7-10.
37. Mauvais-Jarvis P, Kuttenn F, Gompel A. Antiestrogen action of progesterone in breast tissue. *Breast Cancer Res Treat* 1986; 8:179-88.
38. Gompel A, Chaouat M, Hugol D, Forgez P. Steroidal hormones and proliferation, differentiation and apoptosis in breast cells. *Maturitas*. 2004 Sep 24; 49(1):16-24.
39. Kramer B, Seeger H, Wallwiener D, Mueck AO. The effect of progesterone, testosterone and synthetic progestogens on growth factor- and estradiol-treated human cancerous and benign breast cells. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 129:77-83.
40. Coriaty Nelson Z, Ray RM, Gao DL, Thomas DB. Risk factors for fibroadenoma in a cohort of female textile workers in Shanghai, China. *Am J Epidemiol* 2002; 156:599-605.
41. The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. Oral contraceptive use and risk of breast cancer. *New Engl J Med* 1986; 315:405-411.

# ANEXOS

## Anexo 1.



Figura No. 1



Figura No.2



Figura No.3



Figura No.4



Figura No.5



Figura No.6



Figura No.7



Figura No.8



Figura No.9



Figura No.10



Figura No.11

## Anexo 2.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN: “EVALUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMA EN POBLACIÓN FEMENINA DE 15 A 60 AÑOS E IDENTIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES, EN LAS UNIDADES DE SALUD: EL PARAÍSO CHALATENANGO, SAN JACINTO APASTEPEQUE Y SAN ALFONSO TAMANIQUE; DE MAYO A JULIO DE 2017”.

Yo, \_\_\_\_\_  
\_, del domicilio \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años de edad, por este medio certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto a la investigación: “evaluación de la realización del autoexamen de mama en población femenina de 15 a 60 años e identificación de las patologías más frecuentes, en las unidades de salud: El Paraíso Chalatenango, San Jacinto Apastepeque y San Alfonso Tamanique; de mayo a julio de 2017”. A la vez, por este medio hago saber que actúo consecuente, libre y voluntariamente; contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Con lo anteriormente expresado, otorgo mi consentimiento con mi firma o huellas digitales.

F. \_\_\_\_\_

--	--

### Anexo 3.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA.



CUESTIONARIO SOBRE EL TRABAJO: AUTOEVALUACIÓN DE MAMA EN MUJERES DE 15 A 59 AÑOS Y PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES, EN 3 UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE MAYO A JULIO DE 2017

Nombre: \_\_\_\_\_ UCSF: \_\_\_\_\_

Urbano:

Rural:

G: \_\_ P: \_\_ P: \_\_ A: \_\_ V: \_\_

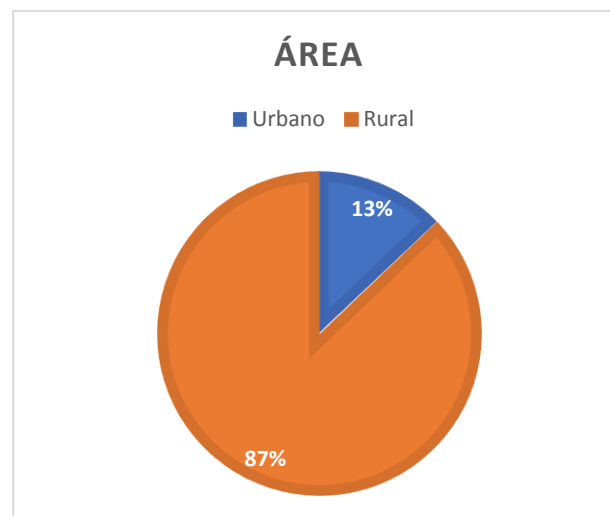
Hoja Filtro.				
1. ¿Qué edad tiene?	<i>Mayor de 15 a 30 años.</i>	<i>Mayor de 30 a 40 años.</i>	<i>Mayor de 40 a 50 años.</i>	<i>Mayor de 50 años a menor de 60 años</i>
2. ¿Cuál es su escolaridad?	<i>Básico.</i>	<i>Bachillerato.</i>	<i>Universitario.</i>	<i>No estudió.</i>
3. ¿A qué edad fue su primera menstruación?	<i>Entre los 5 a menor de 10 años.</i>	<i>Mayor de 11 a menor de 15 años.</i>	<i>Mayor de 16 a menor de 20 años.</i>	<i>No ha tenido su menarquía.</i>
4. ¿A qué edad fue su última menstruación?	<i>Entre los 30 a menor de 40 años</i>	<i>Mayor de 41 a menor de 50 años.</i>	<i>Mayor de 51 años a menor de 59 años.</i>	<i>Aún tiene su menstruación.</i>

5. ¿Ha utilizado métodos de planificación familiar?				<i>Si.</i>	<i>No.</i>	
6. ¿Con qué método planificó?	<i>No Aplica.</i>	<i>Otros.</i>	<i>Anticonceptivos orales.</i>	<i>Inyectables.</i>		
				<i>Mensual</i>	<i>Bimensual.</i>	<i>Trimestral.</i>
7. ¿Cuánto tiempo ha planificado?	<i>No aplica.</i>	<i>Menos de 6 meses.</i>	<i>De 6 meses a 1 año.</i>	<i>Mayor de 1 año a menor de 2 años.</i>		<i>Más de 2 años.</i>
8. ¿Alguna vez ha dado lactancia materna?				<i>Si.</i>	<i>No.</i>	
9. ¿Tiene antecedentes de patología mamaria en su familia?				<i>Si.</i>	<i>No.</i>	
10. ¿Se le ha impartido información referida al autoexamen de mamas?				<i>Si.</i>	<i>No.</i>	
11. ¿De dónde obtuvo la información para realizar el autoexamen de mamas?	<i>No aplica.</i>	<i>Internet</i>	<i>Médico</i>	<i>Familiares</i>	<i>Otros</i>	
12. ¿Se realiza el autoexamen de mamas?				<i>Si.</i>	<i>No.</i>	
13. ¿Con qué frecuencia se realiza el autoexamen de mamas?	<i>No aplica.</i>	<i>Cada mes.</i>	<i>Cada 3 meses.</i>	<i>Cada 6 meses.</i>	<i>Cada año.</i>	
14. ¿Por qué no se realiza el autoexamen de mamas?	<i>No aplica.</i>	<i>No sabe cómo hacerlo.</i>	<i>Cree que no es necesario realizarlo.</i>	<i>No le interesa.</i>	<i>Otras.</i>	
15. ¿Encontró algún hallazgo anormal durante la realización del autoexamen de mamas, tales como: nódulos, masas, bultos, cambios de coloración?				<i>Si</i>	<i>No</i>	

## Anexo 4.

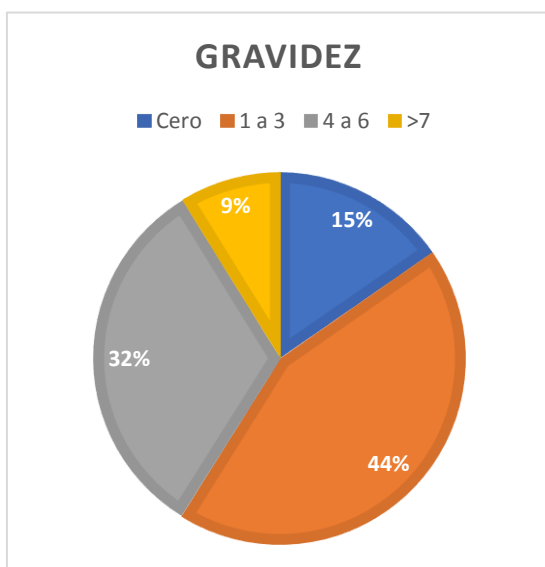
### 1. ÁREA DONDE HABITA

Área	Cantidad	Porcentaje
Urbano	47	13
Rural	318	87
Total	365	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

### 2. GRAVIDEZ



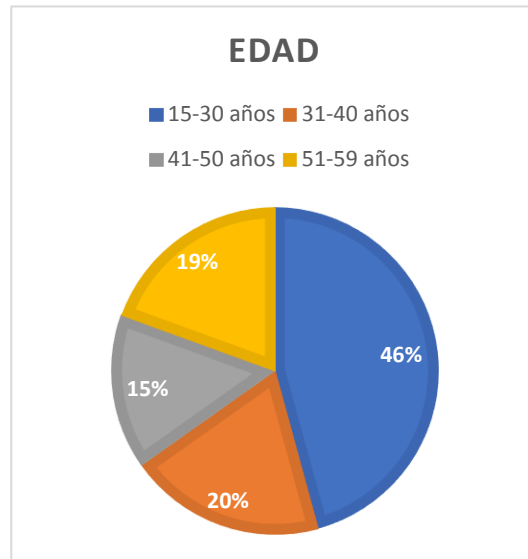
Gravidez	Cantidad	Porcentaje
Cero	56	15
1 a 3	159	44
4 a 6	118	32
>7	32	9
Total	365	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.



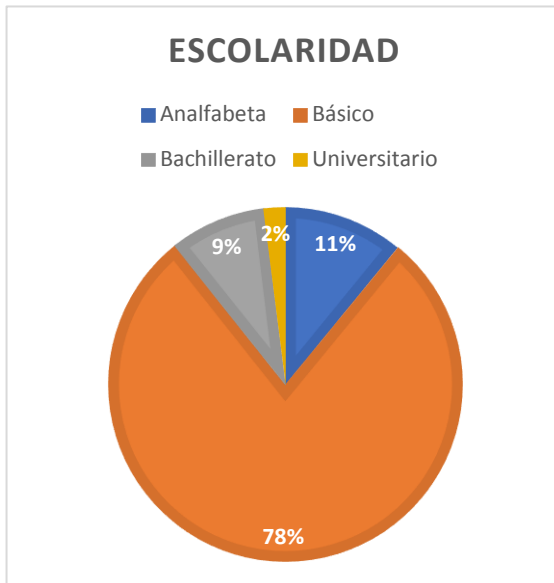
### 3. EDAD DE LAS PACIENTES

Edad	Cantidad	Porcentaje
15-30 años	167	46
31-40 años	71	20
41-50 años	56	15
51-59 años	71	19
Total	365	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

### 4. ESCOLARIDAD

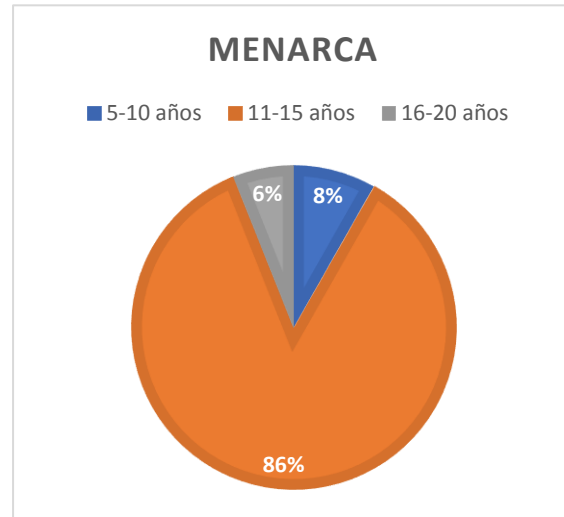


Escolaridad	Cantidad	Porcentaje
Analfabeta	40	11
Básico	286	78
Bachillerato	32	9
Universitario	7	2
Total	365	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

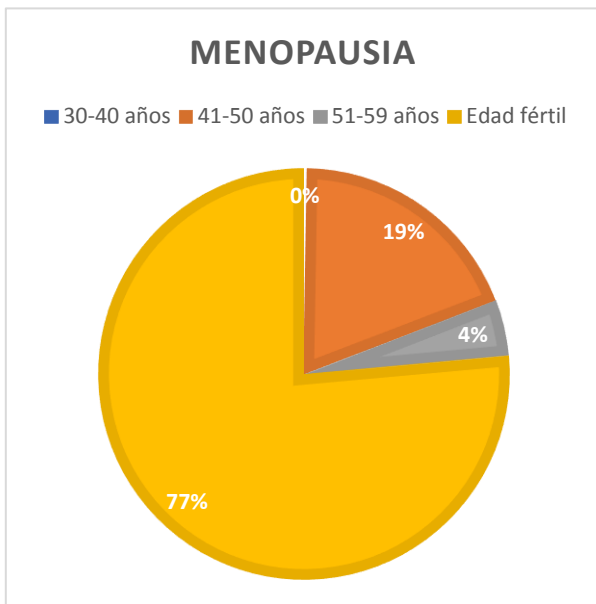
## 5. MENARQUIA

Menarca	Cantidad	Porcentaje
5-10 años	30	8
11-15 años	313	86
16-20 años	22	6
Total	365	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

## 6. MENOPAUSIA



Menopausia	Cantidad	Porcentaje
30-40 años	1	0.4
41-50 años	69	18.6
51-59 años	16	4
Edad fértil	279	77
Total	365	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

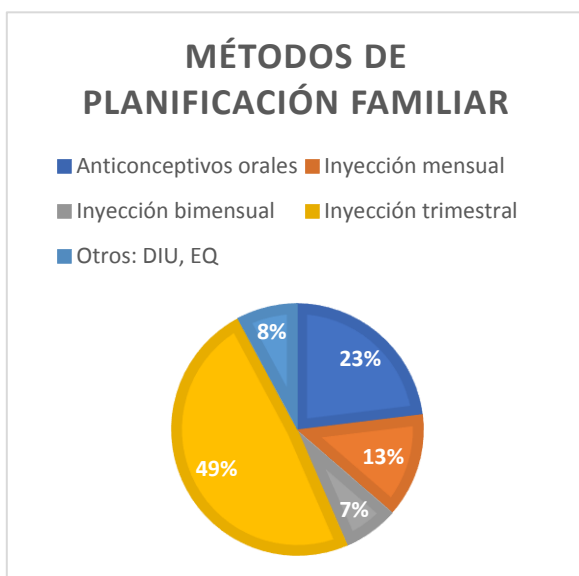
## 7. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Planificación familiar	Cantidad	Porcentaje
Si	269	74
No	96	26
Total	365	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenco; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

## 8. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

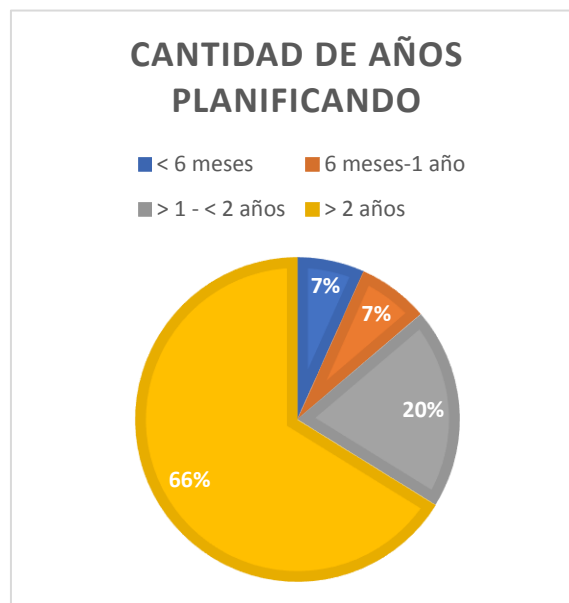


Método de planificación	Cantidad	Porcentaje
Anticonceptivos orales	62	23
Inyección mensual	36	13
Inyección bimensual	19	7
Inyección trimestral	131	49
Otros: DIU, EQ	21	8
Total	269	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenco; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

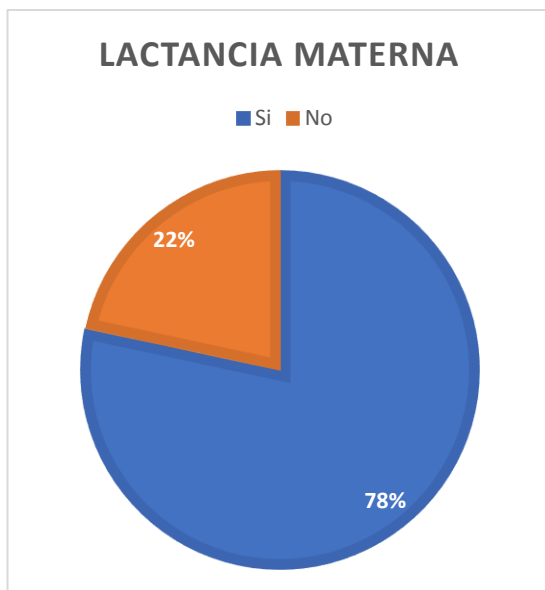
## 9. CANTIDAD DE AÑOS PLANIFICANDO

Años planificando	Cantidad	Porcentaje
< 6 meses	18	7
6 meses-1 año	19	7
> 1 - < 2 años	54	20
> 2 años	178	66
Total	269	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

## 10. LACTANCIA MATERNA

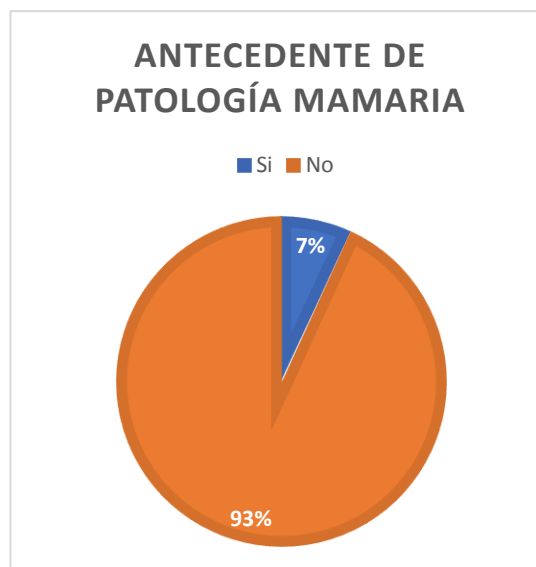


Lactancia materna	Cantidad	Porcentaje
Si	286	78
No	79	22
Total	365	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

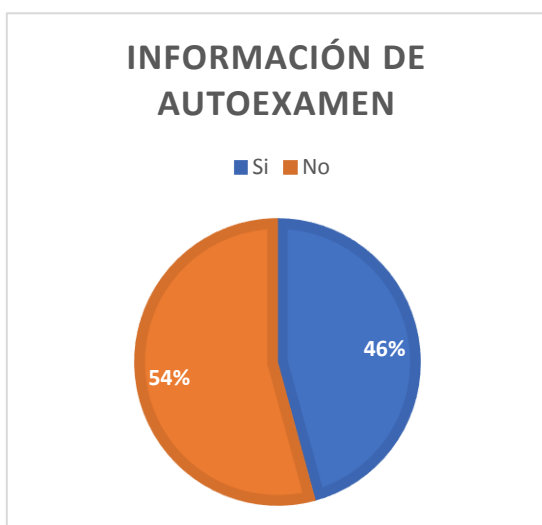
## 11. ANTECEDENTES FAMILIARES DE PATOLOGÍAS MAMARIAS

Antecedente de patología mamaria	Cantidad	Porcentaje
Si	25	7
No	340	93
Total	365	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

## 12. INFORMACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS

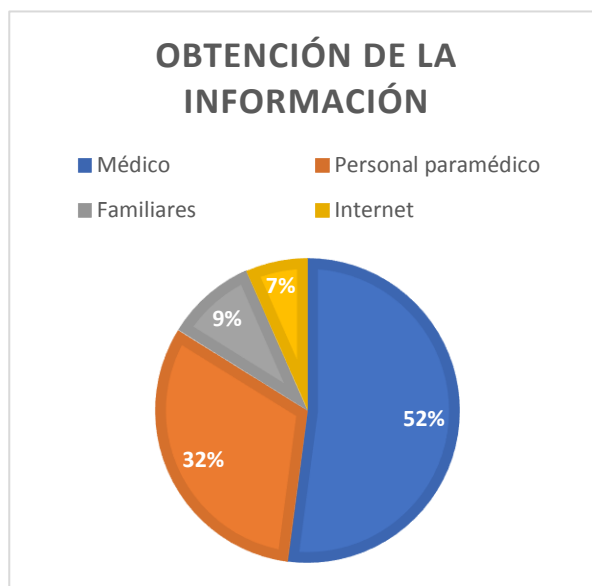


Información de autoexamen	Cantidad	Porcentaje
Si	167	46
No	198	54
Total	365	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

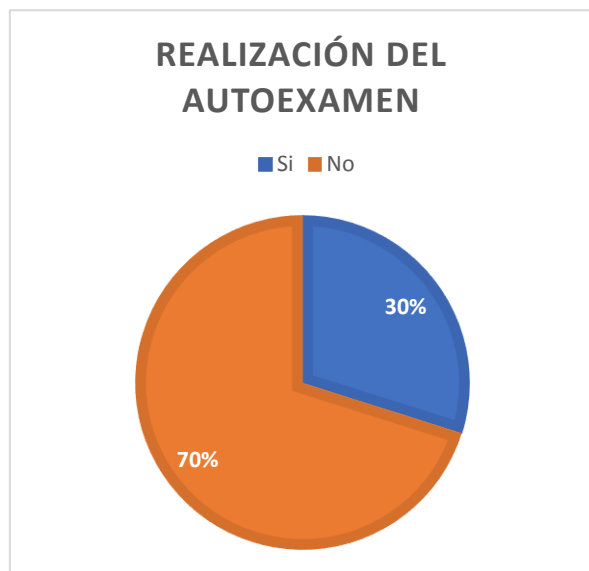
### 13. FUENTE DE INFORMACIÓN

Fuente de la información	Cantidad	Porcentaje
Médico	87	52
Personal paramédico	53	32
Familiares	16	9
Internet	11	7
Total	167	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

### 14. REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMAS

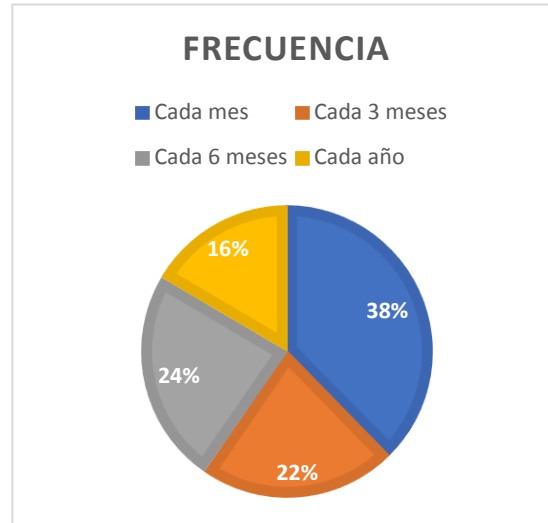


Se realiza el autoexamen	Cantidad	Porcentaje
Si	109	30
No	256	70
Total	365	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

## 15. FRECUENCIA DE AUTOEXAMEN DE MAMAS

Frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Cada mes	41	38
Cada 3 meses	24	22
Cada 6 meses	26	24
Cada año	18	16
Total	109	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalaténango; San Alfonso, Tamancaque; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

## 16. RAZONES DE NO AUTOEXAMINARSE

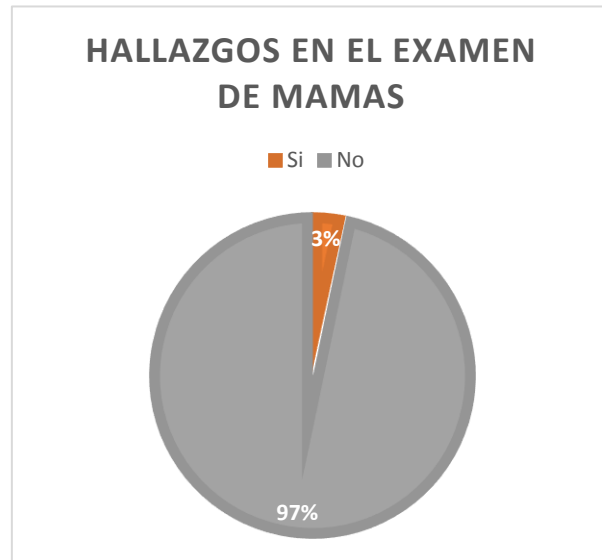


No se realiza el autoexamen	Cantidad	Porcentaje
No sabe como hacerlo	176	69
Cree que no es necesario	39	15
No le interesa	41	16
Total	256	100%

Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalaténango; San Alfonso, Tamancaque; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.

## 17. HALLAZGOS EN EL EXAMEN DE MAMAS

Hallazgos en el examen de mamas	Cantidad	Porcentaje
Si	12	3
No	353	97
Total	365	100%



Fuente: Entrevista realizada a la población femenina de 15 a 59 años de las UCSF San Jacinto, Apastepeque; El Paraíso, Chalatenango; San Alfonso, Tamanique; sobre el autoexamen de mamas, en el período de julio-agosto de 2017.