



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO**



**Barreras sociales y culturales en el autocuidado para la
detección temprana del cáncer de mama**

TESINA PROFESIONAL

Para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERIA

AUTOR:

PLE. Blanca Estela Cortés Reyes

ASESOR:

Maestra en Enfermería: Azucena Lizalde Hernández

Morelia Michoacán México. Junio 2014

DIRECTIVOS

DRA. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.C.E. Roberto Martínez Arenas

Secretario Administrativo

MESA SINODAL

Asesora

M.E. Azucena Lizalde Hernández

Vocal 1

M.E. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Vocal 2

M.C. César Jerónimo López Camacho

AGRADECIMIENTOS

A Dios, Por darme la vida haciendo posible lograr mis metas, por que me iluminas y estas siempre a mi lado para seguir adelante.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Por el cariño y apoyo moral que siempre recibí de ustedes, con el cual logre culminar mi esfuerzo formándome como profesional ya que es para mí la mejor de las herencias con admiración y respeto.

Con gran cariño y agradecimiento a mi asesora, por su dedicación, paciencia, enseñanzas, y orientación en la formulación de esta tesina así como en la revisión y desarrollo de esta investigación

A mis maestras (os), de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Por su dedicación y su esfuerzo, quienes me han aportado todos los conocimientos profesionales y personales para llegar a finalizar con éxito esta gran meta.

Agradezco a Hilda Cortes Reyes, quien me ha enseñado que vivir no es una lucha de poderes, es una lucha de razonamiento, porque confiaste en mí para ser tu amiga y enseñarme que todo se puede lograr con dedicación y esfuerzo.

DEDICATORIA

Para mi este trabajo significa la continuación de un gran proyecto de vida y de las innumerables experiencias, que me han hecho crecer aceleradamente y por otro lado, es para mi el comienzo de una nueva etapa como profesional. Durante su realización he aprendido a valorar mucho más a mis seres queridos, amigos y todas aquellas personas que han sido un gran apoyo para llegar al final de esta etapa y a quienes indiscutiblemente dedico este símbolo de esfuerzo tan importante para mí.

Contenido

CAPITULO I	1
MARCO CONTEXTUAL.....	1
1.1 Justificación	1
1.2 Planteamiento del problema	13
1.3 Objetivos	24
1.3.1 Objetivo General.....	24
1.3.2 Objetivos Específicos:	24
CAPÍTULO II	25
MARCO TEÓRICO	25
2.1 CANCER DE MAMA	25
2.1.1- Patogenia	27
2.1.2 Factores riesgo	29
2.1.3- Cuadro Clínico.....	37
2.1.4- Métodos Diagnósticos y Detección Precoz.....	39
Autoexploración	39
Micro calcificaciones	44
Biopsia	44
2.1.5 Tratamiento	47
Quimioterapia.....	52
2.2 Autocuidado.....	61
2.3 Barreras que impiden que las mujeres no se autocuiden y tengan un diagnóstico temprano en cáncer de mama.	62
2.3.1 Barreras Sociales	62
2.3.2 Barreras culturales:	62
2.4 Intervenciones de Enfermería.....	63
2.5 Barreras y Cáncer de mama.....	64
CAPÍTULO III	67
METODOLOGIA.....	67

CAPÍTULO IV.....	69
CONCLUSIONES.....	69
CAPITULO V.....	72
SUGERENCIAS	72
VI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74

RESUMEN

Barreras sociales y culturales en el autocuidado para la detección temprana del cáncer de mama

El cáncer de mama se ha convertido en un importante problema de salud pública. Con el tiempo, la mortalidad y el número de casos se han incrementado. A partir del 2006, se constituye como la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad, con 4,440 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por 100 mil mujeres en este rango de edad, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el año 2000.

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. Es una enfermedad clonal; donde una célula individual producto de una serie de mutaciones somáticas o de línea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, haciendo que se reproduzca hasta formar un tumor. El tumor resultante, que comienza como anomalía leve, pasa a ser grave, invade tejidos vecinos y, finalmente, se propaga a otras partes del cuerpo. Si se detecta en estadios iniciales, es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. Por esto la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende del acceso a servicios de salud.

Respecto a la disponibilidad, en general, la población cuenta con información sobre el cáncer de mama, el autocuidado de los senos y los métodos para la detección oportuna de esta enfermedad. Sin embargo, existe una diferencia importante entre la cantidad y la calidad de la información disponible, aquella con la que cuenta la población, y la manera en que las personas elaboran, a partir de ello, ciertos saberes o conocimientos sobre la enfermedad, su detección oportuna, consecuencias, atención y tratamientos

Factores de riesgo

Detección

Autocuidado

Cáncer de mama

prevención

ABSTRACT

Social and cultural barriers to self-care for early detection of breast cancer

Breast cancer has become a major public health problem. Over time, mortality and the number of cases has increased. Since 2006, it is the leading cause of death from malignancy among women over 25 years of age, with 4,440 registered deaths and a mortality rate of 15.8 deaths per 100,000 women in this age range, which an increase of 9.7% over 2000.

Breast cancer is a malignant proliferation of epithelial cells lining the ducts or lobules of the breast. It is a clonal disease; where an individual cell product of a series of somatic or germline mutations acquires the ability to divide without control or order, making it play into a tumor. The resulting tumor that begins as mild anomaly becomes severe, invade surrounding tissues and eventually spread to other body parts. If detected in initial stages, it is curable, has a better prognosis, higher survival rates, treatments are more affordable and can be administered with less. Hence the importance of early detection of the disease and therefore access to health services.

Regarding availability, in general, the population has more about breast cancer, breast self-care and methods for early detection of this disease. However, there is an important difference between the quantity and quality of information available, one with which account population, and the way people produce, from this, certain knowledge or knowledge about the disease, its detection timely, consequences, care and treatment.

Risk Factors

Detection

Self-care

Barriers to early detection of breast cancer

Prevention

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la primera causa de muerte tumoral en la mujer, siendo también la primera causa absoluta de muerte en mujeres de 35- 54 años de edad. La supervivencia de este cáncer, está en razón directa con nuevos casos registrados en estadio I y II. Se han surgido nuevos factores pronósticos y se aplican modernos esquemas terapéuticos menos invasivos que elevan los índices de supervivencia con mayor calidad de vida en las mujeres afectadas.

Esta información servirá para estructurar y hacer conciencia, así como de la situación actual del autocuidado que prevalece en las mujeres para prevenir y tratar esta enfermedad con el fin de conocer más la patología del cáncer de mama e identificar cuáles son las barreras de autocuidado que impiden en la detección del cáncer de mama, así mismo para orientar a la población que hagan conciencia de lo que implica la enfermedad desde los factores de riesgo, prevención, detección y tratamiento. Dentro del contenido se encontrará la incidencia y el avance tecnológico para la detección y el tratamiento del cáncer de mama.

Se realizó la presente investigación documental, con la finalidad de identificar los factores que favorecen el autocuidado para prevenir el cáncer de mama.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

1.1 Justificación

Actualmente, el cáncer de mama es un problema de salud pública no reconocido como prioritario por la mayoría de las autoridades de salud en la región de América, pese al continuo incremento de las tasas de incidencia y mortalidad.

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial y el más frecuente entre la población femenina. En Colombia es un problema relevante, en el 2002 fue la segunda neoplasia maligna más común en mujeres (19,7%), en el 2006 se registraron 608 casos, siendo mayor la prevalencia en mujeres mayores de 35 años. El 70% de estos casos se diagnosticaron en estadios tardíos (III y IV) y sólo el 5,1% en estadios tempranos (in situ y grado I). A pesar de que la detección temprana constituye la mejor alternativa para controlar, prevenir recurrencias y metástasis a otros órganos, se evidencia que las prácticas de autocuidado, como el auto examen, el examen clínico y la mamografía no se hacen con la periodicidad recomendada.

El examen clínico y la mamografía son las prácticas de más alta efectividad, no obstante se considera la dificultad para efectuarlas en mujeres menores de 40 años por la densidad de su tejido mamario. En cuanto al auto examen, su eficacia ha sido cuestionada en dos estudios prospectivos en Rusia y China 266 mujeres se practicaron dentro de un programa de entrenamiento, sin lograr demostrar la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, ni la efectividad de la técnica para su prevención.

Por otro lado, las representaciones sociales que las mujeres tienen de las mamas y el cáncer de mama, juegan un papel importante en la asunción de las prácticas de autocuidado para su detección precoz, como lo evidencian estudios cualitativos en diferentes partes del mundo y en Colombia (Giraldo, Mora, 2009).

En América Latina y el Caribe el cáncer de mama también ocupa los dos primeros lugares de incidencia y mortalidad por tipo de cáncer en la mujer. De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud en la región se registraron cerca de 90,000 casos de cáncer de mama en el año 2000 (González, Robledo, Nigenda, López, Carrillo, 2010).

La incidencia de cáncer de mama en la región oscila entre 20 y 40 casos por 100,000 mujeres a excepción de Uruguay que tiene una tasa de incidencia ajustada de 83.1 por 100,000 y Argentina con una tasa de incidencia de 73.9 por 100,000. Otros países con alta incidencia de cáncer mamario son Brasil, Puerto Rico, Chile, República Dominicana, Perú, Paraguay y Venezuela. Respecto a las tasas de mortalidad 16% del total de muertes atribuidas por a neoplasias malignas son por esta causa. Las más altas tasas de mortalidad por 100,000 mujeres se presentan en Uruguay, Argentina, Cuba y Puerto Rico. Con aproximadamente un 16% de las defunciones por cáncer en mujeres adultas, el cáncer de mama sigue siendo la causa más frecuente de mortalidad en las mujeres (Nigenda, 2009).

En la actualidad, el cáncer de mama, es el único tipo de cáncer en el que se ha comprobado que la detección temprana reduce la mortalidad por la enfermedad. Hay pruebas suficientes que demuestran que mediante la mamografía en las mujeres entre 50 y 69 años de edad podría reducir la mortalidad por esta patología en un 15–25%. Este tipo de tumor es más frecuente en los países desarrollados, observándose las tasas de incidencia más altas en Norteamérica, Australia, Países Nórdico Europa Occidental (Fernández, 2012).

El fenómeno de que las tasas más altas se presenten en los países más ricos es como consecuencia de una combinación de factores como son: el aumento de longevidad y un menor riesgo de morir por otras causas, mayor exposición a factores de riesgo de cáncer de mama, como el sobrepeso y el tratamiento de sustitución hormonal, y una menor presencia de factores de protección, como la lactancia materna y la fecundidad (Fernández, 2012).

Las últimas estimaciones de incidencia y mortalidad, disponibles para Europa, del cáncer de mama se refieren al año 2006.

Dentro de Europa la mayor incidencia corresponde a los Países Nórdicos y a los países de la Europa Occidental, mientras que es inferior en los Países del Este. España, con una tasa ajustada de 93,6 casos por 100.000 mujeres al año, nos sitúa en el decimo quinto lugar, en una posición intermedia entre los países occidentales y Europa del Este. No obstante, según datos calculados por la SEOM (sociedad española de oncología médica), más de 220.000 personas serán diagnosticadas de cáncer en España en el año 2015, y entre ellas, el cáncer de mama será el tercero en incidencia, con 21.262 personas (Fernández, 2012).

La incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad, duplicándose prácticamente cada 10 años hasta llegar a la menopausia, momento en el cual disminuye de un modo importante. Según los datos de la asociación Americana de Cáncer, la supervivencia global de las mujeres con cáncer de mama ha mejorado de un 63% desde los años 60 hasta el 89% actualmente, siendo la tasa de supervivencia para mujeres diagnosticadas con carcinomas sin afectación ganglionar del 98%. Si existe afectación ganglionar la tasa se sitúa en el 84% de supervivencia a los 5 años y 27% si existe enfermedad metastásica. La supervivencia continua descendiendo después de 5 años, observándose tasas para todos los estadios juntos, del 81% y 74% a los 10 y 15 años del diagnóstico respectivamente (García, Viniegra, 2009).

En México y en varios países se constituye como la primera causa de muerte por neoplasias malignas con mayor incidencia en mujeres de 40 a 54 años de edad. El diagnóstico sigue realizándose en fases tardías y la supervivencia no ha mejorado, existe una tendencia ascendente en mortalidad, de 15 a 18 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años o más, según los datos del INEGI 2012 en México, con una población un poco mayor de 100 millones de habitantes, el cáncer de mama es hoy en día uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer adulta. Esta situación es aún un hecho poco conocido, ya que además abundan las interpretaciones erróneas sobre la enfermedad.

El cáncer cérvico uterino se considera todavía una amenaza mucho mayor para la salud y las vidas de las mujeres pobres y se ha difundido la creencia de que el cáncer de mama se concentra de manera notoria en los grupos de nivel socioeconómico elevado.

Con más de 410,000 defunciones cada año, representa cerca de 14% de todas las muertes debidas al cáncer en las mujeres y un 1.6% de todas las defunciones femeninas en todo el mundo (Vaca, 2008).

En México el cáncer de mama se ha convertido en un importante problema de salud pública. Con el tiempo, la mortalidad y el número de casos se han incrementado. A partir de 2006, se constituye como la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad, con 4,440 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por 100 mil mujeres en este rango de edad, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el año 2000. Un dato relevante es el hecho de que en México, más de 90% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas, con tumores de más de cinco centímetros, mientras que en sólo 3.7% de las pacientes las lesiones se identifican en estadios tempranos.

Esta situación hace más difícil un buen pronóstico e incrementa las tasas de letalidad. La edad promedio de la mujer mexicana para desarrollar este tipo de tumor es de 51 años, mientras que en otros países llega hasta 63, pero el dato realmente preocupante es que 45.5% de los casos se presentan en menores de 50 años y mujeres en edad reproductiva.

Otro dato que llama la atención es que entre 75 y 80% de las mujeres a quienes se les diagnostica la enfermedad, no tiene factores de riesgo hereditarios.

De acuerdo con cifras de la SSA para el año 2008, las muertes por cáncer de mama continúan en ascenso. En seis años han aumentado 28.5%, al pasar de 3,455 en el año 2000, a 4,461, en 2006, lo cual significa que en promedio fallecieron 12 mexicanas por día, es decir, una cada dos horas. La mortalidad por cáncer de mama en 2006 muestra variaciones importantes por entidad federativa. Diez estados concentran 50% de las muertes por esta causa.

Los estados se ubican principalmente en el norte, occidente y centro del país y se caracterizan por tener los mejores niveles socioeconómicos de México (Nigenda, 2009).

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama en México muestran un aumento notorio en las últimas cinco décadas. Entre 1955 y 1960, a partir de la disposición de los primeros datos confiables, la tasa era alrededor de dos a cuatro muertes por 100,000 mujeres.

Luego se elevó de manera sostenida en las mujeres adultas de todas las edades hasta alcanzar una cifra cercana a 9 por 100,000 para la mitad de la década de 1990 y se ha mantenido más o menos estable desde entonces. Representa una pesada carga de muertes prematuras, ya que 60% de las mujeres que muere tiene entre 30 y 59 años de edad. También existe cierta evidencia de que la edad promedio de inicio de la enfermedad es menor en los países en desarrollo que en los más desarrollados. Para el año 2006, el cáncer de mama se había convertido en la segunda causa de muerte más común en México entre las mujeres de 30 a 54 años y la tercera más frecuente entre el grupo de 30 a 59 años (Knaul, Nigenda, Lozano, Arreola, Órnelas, Langer, Frenk, 2009).

De la misma manera, existen barreras relacionadas con ideas erradas y falta de conocimiento por parte de las mujeres, ya que muchas de ellas cuentan con muy poca información sobre la importancia de la detección temprana y el autocuidado, así como de los factores de riesgo vinculados al cáncer de mama.

Información preliminar de entrevistas a médicos realizadas en la Ciudad de México revelaron que las mujeres se sienten incómodas o le temen a la mamografía y que incluso sus compañeros las disuaden de realizarse el examen como la de los prestadores de servicios deben tomar en cuenta la cultura local y la estructura de la población, incluidas las variaciones basadas en el índice de masa corporal, factores étnicos, edad, antecedentes familiares de cáncer y antecedentes reproductivos. Se deben ofrecer campañas educativas y de concientización, Así como intervenciones de detección temprana, a través de los programas contra la pobreza y programas de salud ya existentes dirigidos a las familias Incluyendo los varones. En México, el programa clave para ello es el programa Oportunidades, que ofrece servicios de atención primaria y educación para la salud a la mayoría de la población de escasos recursos (Knaul, Nigenda,Lozano, Arreola, Órnelas, Langer, Frenk, 2009).

El riesgo más importante para sufrir cáncer de mama es ser mujer, la relación de cáncer de mama entre mujeres y hombres es aproximadamente de 100 a 1. La incidencia de cáncer de mama se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada 10 años hasta la menopausia, etapa en que el ritmo de crecimiento disminuye. En el 46% de las mujeres mexicanas afectadas por el cáncer de mama éste se presenta antes de los 50 años y el grupo de edad más afectado es el de 40-49 años.

Esto contrasta en Estados Unidos, donde la edad media de presentación son los 63 años y en países europeos, donde la mayor incidencia es en mujeres postmenopáusicas (Brandan, Villaseñor, 2006).

Su evolución que han tenido las organizaciones de la sociedad civil de lucha contra el cáncer de mama, el papel que juegan, y los cambios que debe haber para que sus actividades impacten de fondo la calidad de vida de las mujeres y hombres con esta enfermedad. Hoy en día, el concepto de sociedad civil se ha transformado y retoma cierta autonomía y penetra como sinónimo de participación.

La sociedad civil es protagonista de temas centrales tales como salud, derechos humanos y asistencia social entre otros. Las asociaciones de cáncer de mama cuentan con libertad para organizarse, impulsar iniciativas a favor de los demás para mejorar su bienestar y desarrollar sus potencialidades en beneficio propio y de la comunidad en la que se desenvuelven. Estas asociaciones deben enfocarse en promover cambios en el sistema que resulten en una mejora de los servicios y en consecuencia de calidad de vida (Maza, Fernández, Vecchi, Martini, 2009).

De enero a octubre del 2012 se reportaron 125 muertes de mujeres por cáncer de mama en Michoacán mientras que en el mismo periodo de 2013 son 45 los casos registrados. El número de casos se redujo en un 64%. El 88% de las mujeres que fallecieron por cáncer de mama fue de 40 a 69 años de edad. La cifra de casos detectados en el 2013, también se redujo respecto a los padecimientos confirmados un año anterior, con todo y que este año se incrementó el número de mastografías aplicadas (INEGI, 2013).

A la fecha, se han realizado siete mil quinientos, mientras que del año pasado se reportan cerca de cuatro mil quinientos. Las exploraciones clínicas aumentaron de 32 mil en el año pasado, a 37 mil realizadas en lo que fue del año 2013.

En ese mismo orden, esos tipos de cáncer ocupan el primer y segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer en Morelia Michoacán (INEGI, 2013).

El 16 de octubre de 2013 el Instituto Mexicano del Seguro Social, informó que en la lucha contra el padecimiento de cáncer de mama, la institución realiza un total de cinco mil mastografías al año, aunque sostuvo que el padecimiento viene a la alza, ya que mientras en el año 2000 se registraron 20 casos, durante el 2012, el padecimiento registro 100, es decir, tuvo como consecuencia el deceso de 35 personas del sexo femenino.

El Consejo Estatal de Población 2012, señaló que el cáncer de mama ya se encuentra como una de las cinco causas principales de muerte en mujeres, cuyas edades van de los 29 a los 64 años, por lo que alertó a este sector de la población a tomar las medidas pertinentes para realizarse chequeos periódicos en las unidades de medicina preventiva. La epidemia del cáncer de mama constituye una prioridad en salud, ya establecida en los países desarrollados, por el contrario, se ha prestado insuficiente atención a este problema sanitario emergente. La evidencia reciente muestra que el cáncer de mama es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de países en vías de desarrollo.

1.2 Planteamiento del problema

Las representaciones sociales trascienden la esfera de las opiniones, las imágenes y las actitudes, son sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje particulares que descubren y ordenan la realidad. Estas son producciones culturales y sociales que afectan nuestras prácticas, conocimiento y relaciones subjetivas.

Las representaciones sociales de una enfermedad son determinantes de los comportamientos culturales con respecto a la misma, en las cuales confluyen un complejo conjunto de conocimientos científicos y populares, la escala de valores y otros elementos culturales, como las creencias, que determinan la reacción general de la sociedad y la particular de cada individuo frente al cáncer de mama.

Las creencias de las personas sobre el cáncer son muy variadas; el cáncer es asociado con muerte, dolor y fetidez. Sabemos que la representación social del cáncer es organizado alrededor del sentido subjetivo de muerte, mutilación vacía, incapacidad, el fin de la vida social, entre otros. La muerte existe en nuestra sociedad como un sentido, pero como un sentido distante, algo que tiene poco que hacer con nosotros (Giraldo y Mora, 2009).

En los últimos años la Organización Mundial De La Salud (OMS) ha mostrado un gran interés con respecto al cáncer de mama y lo define como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distintos del organismo (OMS, 2008).

La incidencia de enfermedades oncológicas se ha incrementado considerablemente en todo el mundo y el cáncer de mama no es la excepción. La estadística mundial señala más de un millón de casos nuevos cada año, por tanto, este tipo de cáncer representa un problema de salud pública siendo la principal causa de muerte en mujeres en todo el mundo.

La mayor tasa de incidencia de este tumor se ha observado en los países de América del Norte y el norte de Europa; las tasas intermedias se han registrado en Europa Occidental, Oceanía, Escandinavia e Israel; y las tasas más bajas en el este y sur de Europa, América Latina y Asia (Torres, Lleneras, 2009).

Una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida y una de cada 28 de morir por esta enfermedad, según la Sociedad Americana del Cancerología.

Las estadísticas de mortalidad del INEGI indican que en 2004 ocurrieron unos 473 mil fallecimientos en México, 14% de los cuales se debieron a alguna forma de cáncer (INEGI, 2013).

El cáncer de mama es una grave amenaza para la salud de la mujer a nivel mundial y constituye una prioridad no reconocida en los países de ingresos medios. En México revela que desde 2006 el cáncer de mama es causante de un mayor número de muertes que el cáncer cérvico uterino. Esta afección es la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad y amenaza a todos los grupos socioeconómicos (López, Suarez, Torres, Sánchez, 2009).

Los datos sobre detección muestran 6000 nuevos casos en 1990 y se estima un incremento cercano a 16,500 nuevos casos anuales para 2020. Más aún, la mayoría de los casos se auto detecta y sólo 10% de todos los casos se identifica en etapa I. La seguridad social en México cubre alrededor de 40 a 45% de la población e incluye tratamiento del cáncer de mama. A partir de 2007, la población sin seguridad social tiene derecho a tratamiento de cáncer de mama a través del Seguro Popular de Salud. A pesar de esto, los servicios escasean y las intervenciones de detección temprana, en particular la mamografía, son muy limitadas (Knaul, Nigenda, Lozano, Arreola, Órnelas, Langer, Frenk, 2009).

El conocimiento sobre las prácticas de autocuidado es vago y escaso; el autoexamen, la mamografía y el examen clínico no se hacen o se realizan sin la debida frecuencia, en lo que éste coincide con otros estudios ante la posibilidad de padecer cáncer de mama, algunas manifiestan su desorientación y escasa preparación para afrontarlo. Las mujeres requieren mayor autonomía para el autocuidado y el derecho a definir su salud y a imponerle límites.

Dentro de las corrientes filosóficas de la salud en la prevención de cáncer de mama se encuentra la corriente ecológica que considera a los problemas de salud más sociales que individuales y donde se reconoce la importancia de los estilos de vida, como formula basada en comportamientos identificables, determinados por la interacción de las características personales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas.

Se concede una elevada importancia a la participación activa en el cuidado de la salud y al autocuidado. En este sentido podemos considerar que los autocuidados forman parte del estilo de vida adquiriendo relevancia, el fomento del autocuidado como uno de los principales ejes de promoción a la salud entendidos como las actividades que los individuos, familias y comunidades emprenden con la intención de mejorar la salud en la mujer y así mismo ayudar en la detección oportuna del cáncer mamario.

Las personas son responsables de sus estilos de vida, no obstante los factores no controlables y aspectos culturales (Carvalho, Silva, 2006).

Desde el año 2006, un número reducido de mujeres entre 40 a 69 años se sometió a una mamografía en el último año. Existen barreras tanto en la demanda como en la oferta. El cabildeo, la educación, la creación de conciencia y una respuesta articulada de políticas importantes para garantizar una mayor cobertura, acceso y aceptación tanto del tratamiento como de la detección temprana.

A nivel estatal la tasa de letalidad es heterogénea, ya que mientras en Michoacán, Oaxaca, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Chiapas, de cada 100 mujeres de 20 años y más son hospitalizadas por tumores malignos de mama fallecen menos de tres, en estados como Hidalgo mueren 17; y en Tlaxcala se presentan 67 defunciones de cada 100 mujeres hospitalizadas, situación que es grave, ya que además es el estado con el porcentaje más bajo de mastografías realizadas en instituciones públicas de salud. Mientras que en Morelia la tasa es de 5.4% (INEGI, 2013).

Existen diversos mecanismos para detectar la enfermedad como son la autoexploración, ultrasonido mamario a mujeres menores de 35 años de edad y mastografía a fin de identificarlo en estadios mucho más tempranos. Múltiples estudios recomiendan desarrollar programas de tamizaje mamográfico para reducir significativamente la morbi-mortalidad ya que permite diagnosticar la patología en etapas donde aún no se presentan signos y síntomas, lo cual mejora de manera importante el pronóstico de la enfermedad (González, Robledo, Nigenda, López, Carrillo,2010).

La situación actual es preocupante debido a carencias de personal capacitado y equipamiento. La publicación en 1997 y 2003 de Normas Oficiales Mexicanas relativas a los requisitos técnicos de funcionamiento, de los mastógrafos y al diagnóstico de la neoplasia requiere de acciones sostenidas para garantizar que se obtengan los beneficios deseados en la salud de la población (Brandan, Villaseñor, 2006).

Tradicionalmente los determinantes del acceso a servicios de salud se han medido desde la perspectiva de “barreras” o aspectos que dificultan la utilización de los servicios. Estas se definen como aquellas características que se constituyen como obstáculos en la búsqueda y obtención de la atención en

los servicios de salud. Existe un consenso sobre la clasificación de las barreras para el acceso a servicios de salud, sociales y culturales (Nigenda, 2009).

El autocuidado permite que la vida continúe y se desarrolle, en contribución a nuestra propia existencia. Además de la representación social de las mamas como objeto de atracción, que no favorece la prevención y el autocuidado. Existe poca educación acerca del autocuidado y la prevención (Giraldo, Mora, 2009).

Se afirma que el perfil cultural de la mujer está cargado de tabúes religiosos y de desconocimiento del propio cuerpo, lo que hace que la mayoría sólo busque servicios de salud en la fase avanzada de la dolencia, en que las medidas terapéuticas tienen menos impacto y son más rutilantes.

Esa realidad fue comprobada en el Servicio de Mastología de la Universidad Federal de Ceará, en el período de julio de 2000 a julio de 2001, en donde cerca del 55% de las mujeres buscaron asistencia en esta área de atención, ya que presentaban cáncer de mama en estadio avanzado; situación que pudiera, sin dudas, prevenirse a través del autocuidado (Giraldo, Mora, 2009).

A pesar de ser una enfermedad detectable en la fase inicial, pocas son las mujeres que interiorizan la importancia de la detección precoz por la falta de orientación y dificultad del acceso a los servicios de salud, donde se desarrollan acciones en el campo de la prevención primaria (Agudelo, Botero, 2013).

Para algunas mujeres, el miedo del descubrimiento del nódulo, la vergüenza de ser tocada por profesionales o por ella misma, se convierte en el principal factor. Planear acciones de detección y ampliar el acceso de la población a las acciones primarias de salud, representa una importante estrategia para revertir tal realidad; teniendo en cuenta, que el tumor de mama en más del 80% de los casos es diagnosticado por las propias mujeres.

De esa forma, la morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama pueden reducirse si las mujeres tienen el conocimiento, la motivación y la destreza necesaria para aplicar medidas de detección precoz, como la autoexploración. El referido cuidado debe ser iniciado en la adolescencia mensualmente y durante el resto de la vida, preferiblemente una semana después de la menstruación.

En la post menopausia, el autocuidado se recomienda que deba ser practicado en un día fijo del mes para evitar su olvido. Frente a esa realidad, la práctica de enfermería pautada en la calidad del cuidado brindado y en poder de sus

intervenciones, reconoce como atribuciones del personal de salud que trabaja con la comunidad; asume el papel de responsable por la salud de la población adscripta, realizar labor de orientación adecuada y asegura el autocuidado.

Se observan diversas representaciones frente al significado del autocuidado y el predominio de la dimensión estética. Para muchas es más importante el embellecimiento de las mamas que la preocupación por conservar la salud. Se encontró también que algunas fundamentan las prácticas de autocuidado en la nutrición y el comportamiento alimentario y su influencia en el desarrollo del cáncer (Carvalho, Silva, 2006).

En Morelia, Michoacán la mortalidad de mujeres por cáncer de mama en lo que va del año ha disminuido en más del 60 por ciento, respecto a los casos reportados el año pasado en el mismo periodo. No obstante, en el mes de octubre se reitera el exhorto a las mujeres para que inicien las autoexploraciones periódicas a partir de los 20 años.

Con base en cifras del INEGI señaló que en Michoacán el 31 % de las defunciones por tumores malignos se concentran en los municipios de Morelia, Uruapan, Zamora y Zitácuaro. Del 2010 a lo que va del año, la Secretaría de

Salud de la entidad ha realizado un total 32 mil 223 mastografías en mujeres de 40 a 69 años de edad, de las cuales 854 pacientes resultaron positivas a cáncer de mama y son atendidas a través del Seguro Popular en el Centro Estatal de Atención Oncológica (INEGI, 2013).

Pregunta de investigación

¿Las barreras sociales y culturales disminuyen las medidas del autocuidado para la detección temprana del cáncer de mama?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar las barreras sociales, culturales que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del cáncer de mama.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Describir los factores de riesgo en pacientes con cáncer de mama.
- Determinar las medidas de autocuidado para una detección precoz de cáncer de mama en sus fases iniciales y fomentar la aplicación de las mismas.
- Comprender las representaciones sociales del cáncer de mama y su influencia en la prevención y el autocuidado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal la más frecuente que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.

En medicina el cáncer de mama se conoce con el nombre de carcinoma de mama. Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90% de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galatóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior. Este cáncer de mama se conoce como carcinoma ductal. En el 10% de los casos restantes el cáncer tiene su origen en los propios acinos glandulares y se le llama carcinoma lobulillar. El carcinoma ductal puede extenderse por el interior de la luz ductal e invadir el interior de los acinos en lo que se conoce como fenómeno de cancerización lobular.

La mama de una mujer adulta se encuentra entre la 2ª y la 6ª costilla en el eje vertical y entre el esternón y la línea media axilar en el eje horizontal. Por término medio mide de 10 a 12 cm y su diámetro antero-posterior es de 5 a 7 cm. Se encuentra formada por tres estructuras principales: la piel, el tejido subcutáneo y la glándula mamaria. La glándula mamaria tiene como principal función la producción y secreción de leche para la lactancia. La leche es producida en unas pequeñas glándulas denominadas bulbos que se agrupan para formar lobulillos y éstos, a su vez, constituirán los lóbulos, verdaderas unidades funcionales.

Estas estructuras glandulares están conectadas por unos tubos denominados ductos que irán confluyendo en otros de mayor tamaño hasta desembocar en el pezón. La mayor parte de las neoplasias de mama se desarrollan en el tejido que recubre los ductos y lobulillos, al proceder de una glándula se denominan adenocarcinomas y suelen reproducir estructuras glanduloides más o menos diferenciadas. Entre el tejido glandular se encuentra el denominado estroma o tejido de sostén, constituido por grasa, tejido conectivo, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos. Estos últimos constituyen el sistema de drenaje de la mama hasta los ganglios linfáticos de la axila, la zona clavicular y el tórax. Como es natural, la mama pasa por diferentes fases dependiendo del estado hormonal de la mujer: durante el embarazo y la lactancia, la mayor parte del tejido mamario es glandular, el resto del tiempo predomina el estroma.

Tras la menopausia hay una disminución generalizada de ambos componentes con una atrofia del tejido glandular y persistencia de los ductos, lo que justifica la incidencia de cáncer de mama en estas edades (Velásquez, 2009).

Una célula cancerosa de mama generalmente se duplica cada 100-300 días, Una neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución (Brandan, Villaseñor, 2006)

2.1.1- Patogenia

El cáncer de mama comienza en epitelio de conductos galactofenos y a veces en óvulo, crecen a través de pared del ducto hacia el tejido graso.

Las glándulas (lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que junto con el tejido linfático, forman el seno. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro y formado por glóbulos blancos; estas células reconocen cualquier sustancia extraña del organismo y libera otras sustancias que destruyen al agente agresor.

La prevención de esta enfermedad ha estado estrechamente relacionada con creencias y evidencias sobre la salud y sus condicionantes basadas en aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, culturales y tecnológicos de cada sociedad (Fernández, 2012).

Desde que se inicia el desarrollo del cáncer de mama hasta que este es detectable, pasan varios años. A medida que el tumor va creciendo, las células adquieren un potencial cada vez más agresivo, con mayor capacidad de producir metástasis y de hacerse resistentes a los tratamientos. Por ello, tenemos la certeza de que detectar el cáncer de mama en una fase precoz aporta múltiples beneficios.

En primer lugar porque aumenta de forma notable las posibilidades de curación, considerando el tamaño del tumor, la presencia de adenopatías axilares y la existencia de metástasis, desde hace ya muchos años, se clasifican los cánceres en estadios (desde el más precoz, hasta el IV, el más avanzado).

Existe evidencia científica irrefutable que cuanto menor es el estadio, mayores son las posibilidades de curación.

En segundo lugar porque los tratamientos que recibirá la paciente serán posiblemente menos agresivos:

- Cuanto menor es el tumor, mayor posibilidad de cirugía conservadora.
- Cuanto menor es el estadio, menores posibilidades de necesitar quimioterapia y otros tratamientos agresivos.

2.1.2 Factores riesgo

La presencia de factores de riesgo de cáncer de mama no significa que el cáncer es inevitable: muchas mujeres con factores de riesgo nunca desarrollan cáncer de mama. En cambio, los factores de riesgo ayudan a identificar oportunamente a que mujeres podría beneficiarse con la aplicación de otras medidas (Pérez, 2006)

Edad: El riesgo de cáncer de mama aumenta gradualmente conforme la mujer envejece (Tonani, Campos, Carvalho, 2008).

Antecedentes familiares: Las probabilidades de una mujer de desarrollar cáncer de mama aumentan si su madre, hermana o hija han padecido la enfermedad especialmente si fue diagnosticado antes de los 50 años de edad.

Hormonales: Gran cantidad de estudios experimentales indican que las hormonas juegan un papel muy importante en la aparición del cáncer de mama. Las mujeres que tomaron terapia hormonal de reemplazo durante mucho tiempo tienen una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama (Rodríguez, 2006).

Algunos cambios en la biopsia de mama: Un diagnóstico de hiperplasia atípica (una condición que no es cancerosa, en la cual las células tienen características anormales y son numerosas) o de carcinoma lobulillar in situ (células anormales que se encuentran en los lobulillos del seno) aumenta el riesgo de cáncer de mama en la mujer (Rodríguez, 2006).

Alteraciones genéticas: Alteraciones específicas en ciertos genes (BRCA1, BRCA2 y otros) aumentan el riesgo de cáncer de mama. Estas alteraciones son raras; se estima que no llegan a constituir ni un 10% de todos los tumores de mama diagnosticados (Bleicher, 2010).

Antecedentes de reproducción y menstruación: La evidencia indica que cuantos más años tiene la mujer cuando da a luz a su primer hijo, mayor será la probabilidad de que desarrolle cáncer de mama.

Las mujeres que empezaron a menstruar a una edad temprana a los 11 años o menos, que tuvieron la experiencia de una menopausia tardía después de los 55 años de edad o que nunca tuvieron hijos, también tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama.

Tabaco y cáncer de mama: En ningún estudio epidemiológico se ha demostrado que el tabaco sea un factor de riesgo para el cáncer de mama. En algún estudio se ha sugerido que en algunas pacientes con un genotipo especial para la n-acetiltransferasa, el tabaco puede ser un factor de riesgo para desarrollar un cáncer de mama. La implicación clínica de estos resultados tiene que ser definida y contrastada en otros estudios. Por lo tanto, el tabaco no es un factor de riesgo.

Densidad de la mama: Los tumores de mama, casi siempre, se desarrollan en el tejido denso del pecho (no en el tejido graso). Las mujeres en quienes las mamografías muestran que tienen mucho tejido denso Parecen presentar un riesgo mayor de cáncer. Las anomalías en las mamas densas pueden detectarse con más dificultad en una mamografía.

Dieta y estilo de vida: El riesgo es mayor cuando los hábitos de vida no son saludables. Se piensa que la dieta (consumo exagerado de grasas) tiene un papel en el cáncer de mama, aunque los investigadores no han identificado

todavía los factores puntuales dietéticos. Además una dieta escasa en verduras, fruta fresca, pescado y vitaminas A, C y D constituye una dieta de riesgo. Los estudios han encontrado que la obesidad y el sobrepeso en las mujeres postmenopáusicas aumentan el riesgo de cáncer de mama.

Algunos estudios sugieren que el consumo moderado de alcohol también puede aumentar las probabilidades de una mujer de desarrollar esta enfermedad.

El ejercicio, especialmente en mujeres jóvenes, puede disminuir los niveles hormonales y la incidencia de este tumor.

La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto calórico, este último determinado en especial por la actividad física (Torres, Sánchez, Galván, Portillo, Lewis, Gómez, Dantés, López, Carrillo, 2009).

La posibilidad de desarrollar cáncer de mama, al igual que ocurre con la mayoría de los tumores sólidos, aumenta a medida que va aumentando la edad. La explicación a este fenómeno reside en que con el proceso de envejecimiento de los órganos se van acumulando alteraciones genéticas en las células que aumentan el riesgo de desarrollar neoplasias. En ocasiones, las pacientes heredan las alteraciones genéticas que las predisponen a padecer cáncer de mama en edades más tempranas. Los estudios epidemiológicos que han analizado la relación entre la edad y el cáncer de mama han comprobado que las tasas específicas por cada grupo de edad aumentan constantemente a

partir de los 30 años hasta los 50 y 60 años, edad que registra la mayor incidencia global.

Posteriormente la incidencia se estabiliza para volver a aumentar hasta los 85 años. Si enfocamos esta cuestión desde el punto de vista del riesgo individual de cada mujer según su edad, globalmente podemos decir que en nuestro país la probabilidad de padecer cáncer de mama antes de los 40 años es del 0,05% una de cada 200 mujeres, antes de los 75 años del 7% una de cada 14 y a los 99 años del 10% una de cada 10. Naturalmente, habrá que considerar otros factores que pueden aumentar el riesgo, como los antecedentes familiares (Carvalho, Silva, 2006).

Aspectos psicológicos

La creencia de que el estrés incrementa el riesgo de cáncer de mama es común; sin embargo, pocos estudios epidemiológicos prospectivos se han publicado que relación en el estrés común de la vida con el cáncer de mama.

Antecedentes personales

Entre los factores de riesgo más significativos para el cáncer de mama, están los antecedentes familiares, aproximadamente entre el 20 y el 30% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tiene al menos un familiar con la

enfermedad, sin embargo sólo un 5 a 10% puede ser atribuible a mutación de los genes BRCA1 y BRCA 2.

En 1990, mediante estudios de vínculos de ADN en familias, se identificaron los primeros genes asociados con el cáncer de mama. Los científicos denominaron a estos genes breast cáncer 1 o BRCA1, localizado en el cromosoma 17 y breast cáncer 2 o BRCA2, localizado en el cromosoma 13. Las mutaciones en ambos genes se transmiten en familias con un patrón dominante. Tanto el BRCA1 como el BRCA2 son genes supresores tumorales que tienen la función de controlar el crecimiento y la muerte celular. Cuando un individuo tiene una copia alterada o mutada del gen BRCA1 o BRCA2, aumenta su riesgo de sufrir diversos tipos de cánceres, para ello, ambas copias de los genes supresores tumorales deben estar alteradas. En el cáncer de mama hereditario, la primera mutación se hereda de la madre o del padre y, por lo tanto, está presente en todas las células del cuerpo. Esto se denomina mutación de línea germinal.

La identificación de estas portadoras es de vital importancia para permitir a los médicos una óptima detección de estos cánceres y el uso de métodos de reducción de riesgo. Existen numerosas estrategias para identificar mujeres que son posibles portadoras de mutaciones genéticas BRCA, incluyendo el uso de modelos basados en la historia familiar pruebas directas a pacientes de acuerdo a criterios definidos o referencia de mujeres en alto riesgo.

Una vez identificadas, las portadoras de mutaciones genéticas BRCA deben someterse a una vigilancia de cáncer de mama más intensiva. Los familiares en primer grado de portadoras a las que aún no se les hayan realizado pruebas, también deben someterse a una mayor vigilancia hasta que todos sus exámenes se completen. En esta población de mujeres se recomienda, además de mamografía anual, un examen clínico de mama dos veces al año, una Resonancia Magnética y autoexamen de mama mensual, comenzando a la edad de 25 años. Además, basándose en la estimación de riesgo con modelos que utilizan familiares en primero y segundo grados de las ramas paterna y materna, las mujeres con un riesgo de cáncer de mama de 20% o más, requieren una vigilancia de cáncer de mama más intensiva (Pérez, Sandoval, Tapia, 2009).

Antecedentes personales de enfermedad benigna

Cuando una mujer tiene patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica), tiene de 4 a 5 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad que aquellas mujeres que no tienen cambios proliferativos en el pecho. Otras variables que se asocian al riesgo elevado son número de biopsias del pecho, resultados de hiperplasia atípica o carcinoma lobular in situ, antecedente de terapia de radiación en tórax y densidad mamaria aumentada

en una mamografía (Flores, Luna, Salazar, Martínez, Duarte, Torres, Mejía, Alonso, Ruiz, Lazcano, Ponce, 2008).

Aunque el Cáncer de mama puede presentarse a un sin factores de riesgo la presencia de dos o más incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad por lo que es fundamental hacer una evaluación minuciosa de las mujeres. Se estimó el riesgo relativo para cada uno de éstos. De los factores de riesgo descritos algunos no se pueden modificar como la edad, el género y la herencia, sin embargo existen otros que la asociación Americana de Cáncer identifica la paridad, edad del primer nacimiento, amamantamiento, anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal, obesidad, dietas altas en grasas, nivel de ejercicio y consumo de alcohol como factores de riesgo potencialmente modificables para cáncer de mama. En este contexto, enfermería debe enfrentar el reto de la promoción de la salud y detección temprana teniendo un rol protagónico en la coordinación de esfuerzos de las Organizaciones no gubernamentales y prestadoras de salud ya que a través de programas educativos las mujeres se empoderan y modifican su estilo de vida con la consecuente Disminución de enfermedades crónico degenerativas, entre éstas el Cáncer de mama (Fernández, 2012).

Exposiciones ambientales y ocupacionales

Uno de los factores ambientales que se ha relacionado con el cáncer de mama es la exposición a radiaciones ionizantes, que según se ha descrito, pueden producir lesiones en el ADN a través de formación de dímeros de timina y rotura de las cadenas.

Se ha demostrado que las radiaciones ionizantes sobre el tórax en dosis moderadas o altas, entre 1-3 G y, antes de los 40 años incrementa el riesgo de cáncer de mama, que aumenta en función de la cantidad de dosis recibida y de la edad a la que se produjo la exposición. El riesgo es mayor en aquellas mujeres que fueron expuestas a radiación entre los 10 y 14 años, decreciendo progresivamente con el aumento de la edad a la primera exposición.

En general no hay evidencias que algún compuesto químico o eléctrico en la naturaleza pueda aumentar el riesgo de cáncer de mama (Fernández, 2012).

2.1.3- Cuadro Clínico

El comienzo de la enfermedad es asintomático, el primer signo suele ser un bulto que al tacto se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, indoloro, en ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases avanzadas el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza.

El nódulo no suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño (Velásquez, 2009).

Otros signos que pueden aparecer son:

- Dolor o retracción del pezón.
- Irritación o hendiduras en la piel.
- Inflamación en una parte del seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Secreción que puede ser sanguinolenta, transparente o serosa.
- Asimetría mamaria.

Signos tardíos:

- Dolor
- Ulceración
- Edema.
- Piel de naranja.

2.1.4- Métodos Diagnósticos y Detección Precoz

En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentara las posibilidades de éxito del tratamiento.

Autoexploración

La autoexploración sistemática permite detectar tumores mas pequeños que los que pueda detectar el medico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio.

En las revisiones ginecológicas, el medico comprueba que no exista ninguna irregularidad en las mamas, también que no haya ninguna inflamación de los ganglios linfáticos axilares.

La autoexploración debe realizarse después de la menstruación, las mujeres menopausias deberán asociarla a un día del mes, pues conviene que se realice siempre en estados similares.

La mujer debe estar tranquila y realizarla en el lugar que crea adecuado. Algunas mujeres les parecerá más cómodo realizarla en el momento de la ducha, sin embargo, a otras, pueden preferir hacerse al acostarse.

La manera mas adecuada, para observar los cambios de las mamas, es:

1.-Situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo. Tendrá que observar la simetría de las mamas, el aspecto de la piel, el perfil.

2.-Hay que buscar zonas enrojecidas, bultos u hoyuelos. El aspecto no debe recordar la piel de naranja. Los pezones y areolas no deben estar retraídos o hundidos.

La palpación puede realizarse una vez enjabonada, en la ducha, o recostada en la cama con una almohada debajo del hombro correspondiente al seno que se vaya a examinar.

Conviene repetirla en distintas posturas: recostada y de pie. Se debe utilizar la mano contraria a la mama que va a palpase. La presión será la suficiente como para reconocer bien el seno.

Se pueden realizar varios movimientos para la exploración:

1) Con la yema de tres dedos hay que ir realizando movimientos circulares desde la parte más externa de la mama hacia el pezón, a modo de espiral.

2) Otro movimiento que se puede realizar con los dedos es en forma de eses, ir recorriendo el seno de un lado al otro.

3) El tercer movimiento es radial, comenzando desde el pezón hacia fuera.

Conviene ser muy cuidadosa en la zona del cuadrante superior externo, pues están cercanos los ganglios axilares, y es ahí donde se detectan el mayor número de tumores.

Hay que comprimir un poco el pezón y comprobar si se produce alguna secreción (avise al médico si esto es así, intente identificar el color de la secreción).

Una vez explorada la mama, hay que realizar la exploración de la axila para intentar descubrir la existencia de bultos en esta zona.

El examen se deberá realizar en las dos mamas y axilas.

Mamografía

Las mamografías pueden detectar tumores de mama que no se pueden palpar. La mamografía es hoy el método diagnóstico de elección en las campañas de detección y se ha demostrado su capacidad de reducir la mortalidad del

cáncer de mama. Hay que conocer que existen diversos tipos de mamografía (Aguilar, 2009).

Mamografía de detección

Es una radiografía de la mama que se utiliza para detectar cambios en la misma, en mujeres que no presentan signos o síntomas de cáncer. Generalmente se requieren dos radiografías de cada mama. Con la mamografía es posible detectar micro calcificaciones (pequeños depósitos de calcio en las mamas, los cuales a veces son una indicación de la presencia de cáncer) o un tumor que no se puede palpar. La mamografía tiene una sensibilidad del 85-95%. Para diagnosticar cambios anormales, como bultos, dolor, engrosamiento o secreción del pezón, o un cambio en el tamaño o la forma de la mama.

Ultrasonido mamario

El ultrasonido mamario es el método de imagen de elección inicial en el estudio de la mujer con patología mamaria menor de 35 años, o en aquellas con sospecha de cáncer que cursen embarazo o lactancia. El ultrasonido es un complemento del estudio mamográfico en mujeres mayores de 35 años y está indicado cuando existe:

- Una mama densa
- La necesidad de caracterizar un nódulo.
- Una densidad asimétrica.
- Paciente con implantes mamarios.
- Una masa palpable.
- Datos clínicos de mastitis o abscesos.
- Como guía de procedimientos intervencionistas

(Biopsias o localizaciones).

Micro calcificaciones

Las microcalcificaciones son depósitos de calcio que aparecen en la glándula mamaria y se detectan en la mamografía como pequeños puntos blancos. Su importancia radica en que aproximadamente el 50% de los cánceres de mama palpables y no palpables presentan este tipo de imágenes.

Biopsia

Una vez detectado el tumor mediante una o varias de las técnicas mencionadas, se debe realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico.

Hay varios tipos de biopsias según la técnica que se emplee:

Biopsia espirativa con aguja fina (PAAF): consiste en introducir una aguja hasta la zona del tumor, mientras el médico palpa la masa. Si la masa no puede palparse, se puede realizar esta técnica con ayuda de la ecografía para situar la aguja en el sitio exacto donde se encuentre la masa. Después se extraerá el líquido con la aguja.

Si el líquido es claro, lo más probable es que sea un quiste benigno, aunque también puede ser que el líquido sea turbio o con sangre y que el tumor sea benigno. Si la masa es sólida, se extraen pequeños fragmentos del tejido. El análisis microscópico de esta muestra tanto del líquido como del tejido, es el que determinará si es benigno o canceroso.

Biopsia quirúrgica: en ocasiones se empleará la cirugía para extirpar parte o la totalidad de la masa en el quirófano para su posterior examen microscópico.

Biopsia excisional: es aquella en la que se extirpa todo el tumor o área sospechosa, el margen circundante al tumor aunque tenga apariencia normal.

Biopsia radio quirúrgica o biopsia por localización mamográfica: se utiliza cuando la masa no puede palparse y se visualiza a través de la mamografía. La técnica consiste en localizar el tumor a través de varias mamografías e introducir una aguja en la zona exacta donde se encuentra la masa en la mama.

Radiografías del tórax para descartar una afectación pulmonar; ecografía abdominal para valorar la situación hepática, gamma grafía ósea y análisis de sangre para evaluar la correcta función medular, hepática y renal.

Receptores de estrógenos y progesterona: a través de la biopsia del tejido tumoral, se analizará si las células del tumor presentan estos receptores, que son moléculas que reconocen a las hormonas (estrógenos y progesterona). Tanto las células sanas como las del tumor pueden tener estos receptores. Aquellos tumores que contienen estos receptores se denominan ER-positivos y PR-positivos y tienen mejor pronóstico que los negativos, así como mayores probabilidades de responder a la terapia hormonal.

Prueba de HER2/neu: otra sustancia que hay que examinar, durante la biopsia, es la cantidad de la proteína HER/2nu, una proteína promotora del crecimiento celular, y los genes responsables de la producción de más o menos cantidad de esa proteína. La presencia elevada de la proteína o de los genes, indica un peor pronóstico del cáncer pues tienden a crecer y a propagarse más rápidamente.

Otras pruebas: otra posibilidad para conocer el riesgo de reincidencia del cáncer es la determinación de la proteína BAG1 que, cuando está elevada, indica que esa paciente tiene más probabilidades de supervivencia libre de la enfermedad.

2.1.5 Tratamiento

Cirugía

Disponemos de varias formas de tratamiento para las pacientes con cáncer de mama, locales o loco regionales: tales como la cirugía y la radioterapia sistémica, la quimioterapia, la hormonoterapia y, más recientemente el tratamiento con anticuerpos monoclonales.

El objetivo de estos tratamientos es intentar curar el cáncer o limitar la propagación de la enfermedad, y en otras ocasiones el objetivo es aliviar los síntomas que produce la enfermedad. Dado que el tipo y la extensión del cáncer de mama pueden variar considerablemente, el tipo de tratamiento se determina según cada paciente. La elección del tratamiento más apropiado es una decisión en la que deben participar el paciente, la familia y el equipo médico.

Los tumores que se encuentran en las primeras fases suelen, en primer lugar, extirparse quirúrgicamente. En la mayoría de tumores, su primera opción terapéutica es la cirugía, pero actualmente existen casos en que el primer tratamiento puede ser la quimioterapia (neoadyuvante), con el fin de reducir su tamaño y hacer posible una cirugía menos radical.

La cirugía se realiza una vez obtenido el resultado de la biopsia. Con ella se pretende conseguir la extirpación total del tumor en la mama y en los ganglios linfáticos axilares. El tratamiento quirúrgico, que durante años ha consistido en la extirpación de toda la mama y de los ganglios de la axila, tiene actualmente distintas formas de aplicación, a las que se recurre según los casos.

Mastectomía radical modificada

Tumorectomía: extirpación del tumor y la zona circundante, o margen, de tejido normal; es lo que se llama Cirugía Conservadora; en ambos casos debe realizarse una extirpación de los ganglios de la axila.

El tipo de intervención que se realiza en las pacientes con cáncer de mama dependerá de la fase de la enfermedad, del tamaño del tumor y tipo de tumor, de la edad y del estado general de la mujer, así como de las preferencias de la paciente y del médico.

Ganglios axilares

Tanto si a la mujer se le practica una extirpación completa de la mama como si se le realiza una cirugía conservadora, debemos saber si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos axilares, lugar a partir del cual las células tumorales entran en la circulación sanguínea y se diseminan por todo el cuerpo. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo y se examinan con un microscopio para determinar si existen células tumorales en los ganglios linfáticos. Este procedimiento se conoce como linfadenectomía axilar.

Reconstrucción de la mama

Estos procedimientos no sirven para tratar el cáncer, pero son útiles para restablecer la apariencia de la mama después de la mastectomía. El aspecto externo tras una reconstrucción es excelente, ya que se consigue reconstruir una mama de aspecto muy similar a la otra. Actualmente, mediante la cirugía plástica, se pueden llevar a cabo intervenciones quirúrgicas para reconstruir la mama en, prácticamente, cualquier mujer mastectomizada.

Radioterapia

La radioterapia es el uso de rayos X, u otros tipos de radiación, para eliminar o reducir células tumorales en el área en la que se administran. Es un tratamiento localcoregional (cuando se incluyen los ganglios regionales).

Es necesaria tras un tratamiento quirúrgico de tipo conservador; a veces se utiliza también tras la mastectomía. En este último caso, cuando, los tumores son grandes (>5 cm) o cuando existe una afectación axilar importante.

En pacientes que van a recibir quimioterapia, la radioterapia se administrara al finalizar el tratamiento sistémico. En pacientes que reciben tratamiento hormonal únicamente, se puede administrar junto con el tratamiento hormonal.

Tipos de radioterapia

En función de la forma de administración de las radiaciones, se pueden diferenciar dos tipos de radioterapia:

- **Externa:** Es el método más habitual; se acostumbra a administrar en breves sesiones diarias y la paciente no mantiene en ningún momento contacto directo del cuerpo con la máquina a través de la cual recibe el tratamiento. Las fuentes de radiación pueden ser: cobaltoterapia, acelerador de electrones, que se aplican según la situación clínica de la paciente.
- **Interna:** También se conoce con el nombre de braquiterapia y consiste en colocar sustancias radiactivas cerca o dentro del tumor (o de las zonas donde se sospecha que pueden haber quedado células tumorales). Dichas sustancias se retiran al cabo de unos días.

La radioterapia se aplica generalmente cinco días a la semana, durante seis a ocho semanas. La paciente va de forma ambulatoria a la clínica, donde se le aplica la radioterapia; no tiene que estar ingresada para ello. El tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía, sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada.

Quimioterapia

Consiste en el uso de medicamentos para bloquear el crecimiento y eliminar a las células tumorales. Se usan más de cincuenta medicamentos para prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células tumorales. Se puede recibir tratamiento con un solo medicamento o con una combinación de dos o más. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía intravenosa y, en algunos casos, la vía oral. Se trata de un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es introducido en el torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células tumorales fuera del área de la mama.

Tipos de quimioterapia

Para todas estas situaciones se suele utilizar una combinación de fármacos, lo cual se ha comprobado que es más efectivo que uno solo.

Las combinaciones más frecuentemente usadas son: (CMF). Ciclofosfamida, metotrexate y 5-fluoruracilo.

- (FAC). Ciclofosfamida, doxorrubicina (adriamicina) y 5-fluoruracilo.
- (AC-T). Doxorrubicina + ciclofosfamida seguida de paclitaxel.
- (TAC). Doxorrubicina + ciclofosfamida + docetaxel.

- (AT). Doxorubicina (adriamicina) y paclitaxel (taxol).
- (AT). Doxorubicina (adriamicina) y docetaxel (taxotere).

No es necesaria la hospitalización para recibir estos tratamientos; se puede hacer de forma ambulatoria. La quimioterapia se aplica en ciclos, en los que cada tratamiento es seguido por un período de descanso. El número total de ciclos es entre 4 y 8, según la pauta que se utilice. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo de medicamentos utilizados, la dosis tomada y la duración del tratamiento.

Consecuencias del tratamiento

Las células tumorales pueden crecer y dividirse más rápidamente que las células normales, por eso muchos fármacos están desarrollados para destruir las células en crecimiento. Sin embargo, ciertas células normales de nuestro organismo tienen un crecimiento rápido y la quimioterapia puede afectarles también.

Este daño a las células normales ocasiona efectos secundarios las células normales de crecimiento rápido que tienen más probabilidad de resultar afectadas son las células sanguíneas que se forman en la médula ósea, las células del tracto digestivo (boca, estómago, intestino, esófago), las del sistema

reproductor (órganos sexuales) y las de los folículos pilosos. Cuando las células de la sangre son afectadas por los fármacos antitumorales, las pacientes tienen más probabilidades de contraer infecciones, pueden sangrar con facilidad y pueden tener menos energía durante el tratamiento y durante algún tiempo después.

Las células en los folículos del pelo y las células que revisten el tracto digestivo se dividen también con rapidez. Como resultado de la quimioterapia, las pacientes pueden perder el cabello y pueden sufrir otros efectos secundarios, como falta de apetito, náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento o alteraciones en la mucosa de la boca. Las pacientes pueden experimentar complicaciones permanentes debidas a los medicamentos, menopausia prematura e infertilidad. Cuanto mayores la mujer cuando recibe quimioterapia, mayor es la probabilidad de que pierda la menstruación y su capacidad para quedar embarazada. También pueden presentar alteración en el ciclo menstrual. La doxorubicina (adriamicina) puede dañar el corazón; por ello se limita su dosificación y se realizan controles periódicos para valorar la función cardíaca, con la finalidad de prevenir este efecto secundario. El tipo de efectos secundarios y su severidad dependen del tipo y dosis de quimioterapia que reciba la paciente y de cómo reaccione su organismo.

Recomendaciones durante la quimioterapia

- Comer y beber tranquilamente y masticar despacio,
- Evitar los platos muy grasos, picantes o de fuertes aromas.
- Es mejor comer pequeñas cantidades para concentrar la ingesta en comidas más copiosas.
- Beber muchos líquidos, o comidas de consistencia líquida (sopa, zumo, papilla).
- Intentar no intervenir en la preparación de las comidas (tenerlo preparado con anterioridad, congelado o que lo prepare otra persona).
- Ir adaptando la dieta según la tolerancia a los alimentos que una misma vaya observando. Para la pérdida del apetito, que en ocasiones se debe al estado de ánimo o a la aparición de náuseas y vómitos.
- Comer platos pequeños, con raciones ajustadas.

- Evitar comidas de digestión pesada, con salsas picantes.
- Acompañar los alimentos con aguas carbonatadas: soda, agua con gas,
- Utilizar alimentos con gran contenido energético y nutritivo: leche condensada, frutos secos, flanes, natillas, nata, helados, batidos naturales, claras de huevo, chocolate.

- Dar pequeños paseos o hacer ejercicio físico suave antes de las comidas

- Los alimentos a temperatura ambiente o fríos se suelen tolerar mejor.

- La diarrea puede aparecer en las primeras sesiones y suele desaparecer en pocos días. Da sensación de malestar general y puede producir deshidratación. Es conveniente consultar al médico por si es necesario tomar medicación.

- Alimentos astringentes: arroz hervido, zanahorias, limón, etc.; cocidos y a la plancha.

- Evitar la leche y sus derivados, salvo el yogurt.

Campañas de detección

Sin duda alguna por lo expuesto anteriormente, las autoridades sanitarias de los países desarrollados vienen programando campañas de detección precoz del cáncer de mama mediante la realización periódica de mamografías. Los estudios ya han demostrado que el grupo de mujeres sin síntomas ni signos de sospecha de cáncer de mama que son diagnosticadas en estas campañas presentan un notable aumento de las posibilidades de curación. Se cree que uno de los factores que está influyendo en la disminución de la mortalidad por cáncer de mama que se objetiva en los últimos años en los países desarrollados es la detección de tumores más precoces gracias a estas campañas (Lucas, García, Lluch, Valentín, 2007).

Métodos de prevención

La prueba de imagen recomendada en todos los grupos de edad para el diagnóstico precoz del cáncer de mama es la mamografía. No obstante, en las mujeres más jóvenes, la densidad y cantidad de tejido mamario dificultan la valoración mamográfica. En estos casos se pueden emplear otras técnicas como la Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

La RMN es una exploración radiológica en la que el contraste empleado (gadolinio) se fija con mayor intensidad en el carcinoma frente a tejido mamario normal. Aunque puede visualizar carcinomas que la mamografía no ha detectado, en ocasiones da como positivas lesiones que no lo son (falsos positivos), por lo que su sensibilidad y especificidad en la distinción de patología maligna y benigna están por determinar. Además, es una técnica costosa y que genera claustrofobia en algunas pacientes. Las principales indicaciones para el estudio mediante RMN de la mama son las mamas con prótesis y las mamas que aparecen muy densas en la mamografía, como puede ocurrir en las pacientes jóvenes o en mamas que han sido intervenidas quirúrgicamente o han sido radiadas. Otra técnica que puede tener su indicación en este grupo de edad es la ecografía, aunque su aportación es mucho más modesta que la de la RMN (Brandan, Villaseñor, 2006)

Prevención Primaria

Está dirigida a eliminar la acción de los factores de riesgo nocivos y la creación de condiciones óptimas para el equilibrio salud-enfermedad.

- Hormona luteinizante.
- Tamoxifeno
- Manipulación dietética

Prevención Secundaria

Se dirige al diagnóstico óptimo y al tratamiento adecuado.

- Auto examen.
- Examen físico.
- Mamografía.

Prevención Terciaria

Se dirige a evitar la progresión del tumor maligno ya existente, mediante la aplicación oportuna de métodos racionales de tratamiento.

- Quimioterapia y radioterapia.
- Cirugía.
- Rehabilitación psíquica y plástica.

Las actividades de prevención, incluyen la comunicación educativa a la población para valorar los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la morbilidad por el cáncer de la mama, así como las actividades de detección temprana para la identificación, diagnóstico, tratamiento y control oportuno del cáncer de mama (Nigenda, 2009).

Las actividades de detección del cáncer de mama, incluyen tres tipos de intervención específica que van dirigidos a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad y su vulnerabilidad e incluyen: 1) Autoexploración, 2) Examen clínico y 3) Mastografía.

Una vez detectada una lesión sospechosa de cáncer de la mama, la mujer debe recibir atención oportuna y adecuada para el diagnóstico y tratamiento, de acuerdo con los lineamientos establecidos.

Los criterios y procedimientos mínimos para el diagnóstico y tratamiento que deben ser ofrecidos, incluyen los relacionados en los capítulos de diagnóstico, imagenología, clasificación, consejería y tratamiento, tratados en esta norma.

Las actividades de control, incluyen las relacionadas con el monitoreo de los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento enfocados a la mejora continua de la calidad de la atención, deben ser efectuadas al interior de las instituciones de acuerdo con la infraestructura y normatividad interna correspondiente.

La actividad física vigorosa reduce el riesgo de padecer cáncer de mama (Ortiz, Rodríguez Torres, Mejía, Mainero, Ratchelous, Ángeles, Llerenas, López, Caudana, Lazcano, Ponce, Romieu, 2009).

2.2 Autocuidado

El autocuidado es la contribución de la persona a su propia existencia, es una actividad aprendida y orientada hacia un objetivo para regular los factores que afectan el propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

El nivel de responsabilidad con el autocuidado es el resultado de un proceso de educación y promoción de la salud al que hay que invertir tiempo y recursos, tanto desde la institución, como del personal de salud y del propio usuario. Las instituciones de salud han difundido la importancia de la detección temprana (Vega, González, 2006).

2.3 Barreras que impiden que las mujeres no se autocuiden y tengan un diagnóstico temprano en cáncer de mama.

Las barreras se entienden como aquellos obstáculos que en un momento pueden ser tanto o más determinantes que las barreras de acceso físico o financieras, estas están relacionadas con las creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales que no permiten la acción requerida (Aguilar, Cordero, Sánchez, Villar, Gómez, Valverde, 2013).

2.3.1 Barreras Sociales: Son todas aquellas actitudes y conductas, inclusive de omisión, que vayan en contra de la aceptación e inclusión de las personas con discapacidad.

2.3.2 Barreras culturales: Son las creencias, ideas, valores, hábitos que se transmiten de generación en generación, lo que niega a las personas con discapacidad la oportunidad de participar plenamente en las actividades del sistema sociocultural a que pertenecen. Por ejemplo, el 41% de la gente piensa que las personas con discapacidad no trabajan tan bien como ellos. La gente suele creer que la discapacidad es un castigo hacia él o su familia (Giraldo, Mora, 2009).

2.4 Intervenciones de Enfermería

Es muy probable que un esfuerzo de capacitación y motivación dirigida a médicos y enfermeras podría mejorar sustancialmente la actitud y, por ende, la cobertura y calidad de práctica del autocuidado en el cáncer de mama.

Realizar tempranamente el diagnóstico del cáncer de mama y ejecutar acciones de salud encaminadas a enseñar y divulgar los procedimientos para el autoexamen mamario. Cada día existe mayor interés en como prevenir el cáncer de mama. Actualmente sabemos que el mejor tratamiento es prevenirlo o detectarlo tempranamente cuando las posibilidades de tratamiento y de curación son mayores (Lazcano, Gómez, Romieu, 2009).

Entre las actividades de enfermería ser efectivas en la prevención y especialmente en la sensibilización sobre el cáncer de mama mediante los procesos educativos, masivos e integrados a la comunidad.

Brindar información y educación detallada de todos aquellos factores de riesgo: como también estimular la adopción de hábitos saludables para la mujer y enseñar la técnica para la autoexploración de mama.

Utilizar métodos participativos tales como charlas a empresas o instituciones ya que se ha demostrado tener mayor impacto en la modificación de actitudes y conductas a favor a la salud.

Este proceso pretende lograr en definitiva que mujeres de diferentes edades comprendan la importancia de conocer sus mamas y fomentar el autocuidado y una actitud proactiva con respecto a la salud de sus mamas; así como también

Derribar mitos en relación al cáncer de mama. Donde la labor educadora de la enfermera en este tema específico puede contribuir enormemente a adquirir estos conceptos y lograr el hábito de asistir a un control periódico y oportuno.

2.5 Barreras y Cáncer de mama

De acuerdo a los resultados reportados por otros autores y en análisis realizado se encontró que las diversas barreras que restringen las medidas de autocuidado para la detección temprana del cáncer de mama, son como primer lugar el acceso limitado a servicios diagnósticos siendo una de las principales en cuanto a la poca información disponible que existe en las instituciones de salud y fuera de ellas, que permiten a las mujeres tomar decisiones sobre su salud en relación con el cáncer de mama. La segunda es la relación que las mujeres tienen con sus médicos tratantes (médicos generales o ginecólogos), en los cuales se enfocan temas de información y confianza. El tercero se centra

en la relación con las parejas, con especial énfasis en el apoyo recibido por parte de éstas en el tránsito de la enfermedad.

Cabe mencionar que para todas las mujeres, el diagnóstico es un acontecimiento dramático, un momento en el cual el miedo a morir paraliza; más aún, algunas de ellas, que adoptan con celo su papel de cuidadoras de todos y rehúsan a menudo el apoyo y el cuidado, necesitan incluso un espacio físico de quienes las rodean para entender la situación (Font, 2009).

Queda de manifiesto el reto que México enfrenta, y la necesidad de conjuntar esfuerzos e implementar programas para educar a la población hacia el autocuidado de la salud, así como promover estilos de vida saludables, además de mejorar la infraestructura diagnóstica para lograr una detección a tiempo y garantizar un tratamiento adecuado.

En cuanto a las prácticas de autocuidado (auto examen, mamografía y examen clínico), no coinciden con los parámetros de tamizaje para la detección precoz, por el contrario, hacen énfasis en la dimensión estética y el embellecimiento de las mamas. Es evidente que las mujeres tienen un conocimiento insuficiente en cuanto al autocuidado, 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 inducirlas a asumir un rol activo en el cuidado de su salud y bienestar.

El autocuidado es una medida que permite que la vida continúe y se desarrolle, en contribución a la propia existencia, cabe resaltar que existe poca capacitación acerca del autocuidado y la prevención que deben tener las mujeres, al adoptar una representación negativa del cáncer de mama por considerar las mamas como objeto de atracción.

Partiendo del principio de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades el autocuidado es importante para la conservación de una vida saludable, la educación en salud mediante actividades que involucren al autocuidado son indispensables para minimizar la aparición de la dolencia en estadio avanzado. De igual modo, son esenciales las inversiones en programas educativos y en la atención primaria que incluyen acciones de detección precoz del cáncer de mama y donde las acciones educacionales son implementadas en el ámbito de los servicios de salud (Mora, Arango, Rojas, 2009).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Se realizó una tesina monográfica, a través de investigación documental y análisis de la literatura científica que otros autores han escrito sobre el problema observado. Esta investigación se inició con la identificación de una problemática en la Comunidad durante el Servicio Social.

Se llevo a cabo una búsqueda bibliográfica de estudios relacionados con la problemática acerca de las Barreras sociales y culturales en el autocuidado para la detección temprana del cáncer de mama, se consultaron las siguientes bases de datos: Google Académico, Scielo, Dialnet, y algunas otras fuentes primarias de información como: libros de medicina interna, manuales de enfermería así como los documentos normativos de la Secretaría de Salud de Michoacán y programas de salud.

Las palabras claves empleadas para la búsqueda de artículos en las bases de datos fueron: cáncer de mama, autocuidado y barreras culturales y sociales cuales anteriormente ya fueron definidas.

Se encontraron un total de 31 referencias las cuales publicadas en Revistas encontrados en las bases de datos antes mencionadas, y documentos en libros impresos y documentos normativos de la Secretaría de Salud, con una fecha de publicación no mayor a 6 años.

Se hizo una revisión y análisis de todos los documentos antes mencionados para obtener los resultados más relevantes acerca de las barreras sociales y culturales del autocuidado para la detección temprana del cáncer de mama y con estos elementos concluir la investigación.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Al identificar las barreras sociales y culturales que afectan el autocuidado para tener un diagnóstico temprano del cáncer de mama, se hace evidente que se requiere de la intervención gubernamental para reducir las barreras que obstaculizan una detección temprana del cáncer de mama.

Los factores de riesgo identificados están relacionados con la zona geográfica a la que pertenecen las mujeres de los diversos estudios revisados. Puesto que el porcentaje de mujeres que acude a revisión en forma regular es muy bajo, la mayoría de los casos suele detectarse en fases tardías, cuando el tratamiento es más difícil y costoso, y la probabilidad de recuperación es considerablemente menor.

En la actualidad existe un déficit de autocuidado en las mujeres mexicanas que se encuentran en la etapa de la menopausia identificándose tres aspectos principales para este hecho, en primer término se observa la escasa información con que cuentan estas mujeres acerca de la menopausia, reto que debe enfrentar enfermería pensando y actuando con este grupo de mujeres que

transitan por una etapa a la que no se le ha dado la debida importancia observándose que existe poca asistencia a los servicios de salud para su manejo terapéutico; no realizan ejercicio, tienen malos hábitos de alimentación traducida en obesidad y sobrepeso. Por otro lado, los aspectos culturales, aprendidos durante los primeros años de vida, se prolongan durante la existencia del ser humano y sólo podrán ser modificados a través de un constante y permanente fomento de hábitos saludables. Por último y no menos importante está el hecho de género, a la mujer se le adjudica la responsabilidad del hogar, educación de los hijos y en los últimos años de proveedora participante en la economía familiar.

Esto favorece que la mujer no vea para sí misma, sino para los demás. La enfermera debe participar de manera más comprometida en las políticas nacionales promoviendo la prevención y trabajando de manera coordinada con el equipo de salud para mejorar la calidad de vida de las mujeres en etapa de menopausia, siendo esta etapa en la que existe un mayor índice de esta enfermedad.

Se encontraron características vinculadas con la revisión incorrecta de la autoexploración mamaria, el lugar de residencia, la escolaridad y el nivel

socioeconómico ha sido significativamente mayor en las mujeres residentes de áreas urbanas respecto de las residentes de áreas rurales. Asimismo, se encontró 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 mamaria, al momento de bañarse, por ejemplo, no es lo mismo que una práctica correcta del auto exploración mamaria, por cuanto esta compromete la realización sistemática de maniobras con frecuencia regular, así como cierto grado de habilidad para reconocer masas o abultamientos.

CAPÍTULO V

SUGERENCIAS

- Realizar programas educativos para la población en general, utilizando una metodología adecuada a la realidad y necesidades existentes, brindando una información científica individualizada y permanente que permita elevar el grado de conocimientos.
- Mejorar los programas de detección de cáncer de mama acorde a nuestra realidad mediante el examen de mama, en vista que los costos de la mamografía son elevados y dar a conocer la importancia de este problema.
- Fomentar entre las mujeres una cultura de autocuidado en la prevención del cáncer de mama, actuando ante los factores modificables.

- Realizar el auto examen de seno una vez al mes, 8 días después del periodo menstrual. Cuando las mujeres ya no tienen período, pueden escoger un día en el mes para realizarlo periódicamente.
- Mantener una alimentación saludable basada en fibra, verduras, frutas y proteínas por su alto contenido en nutrientes y compuestos. Es recomendable la utilización de aceite de oliva o canola y consumir pescado (rico en Omega 3), así como granos enteros (cebada, trigo integral o arroz silvestre), legumbres, pan y cereales integrales como la avena. Por otro lado es muy importante evitar las carnes rojas y los azúcares.
- Practicar ejercicio con regularidad para mantener el cuerpo activo y así ayudar a limpiar las arterias y oxigenar el cuerpo. Son ejercicios básicos tales como utilizar las escaleras en vez del ascensor, caminar o ir en bicicleta cuando son trayectos cortos, hacer aeróbicos durante 20 minutos diarios; siempre consultando al médico para que determine la actividad.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, T.B (2009). Cáncer de mama. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*, vol. 4, N.1 p.2. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.com>.

Aguilar, Cordero, Sánchez, Villar, Gómez, Valverde. (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Revista Nutrición hospitalaria*, vol. 28, N. 5, p. 5. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.com>.

Agudelo, Botero, M. (2013). Determinantes socio demográficos del acceso ala detección del cáncer de mama en México: Unarevisión de las encuestas nacionales. Artículo en *Salud colectiva*, Buenos Aires, vol. 9, N.79 p 1- 12. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.com>.

Bleicher R.J. (2010). Afecciones no cancerosa de los senos.*Revista de la asociacion mexicana de cancerología*, p. 26. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Brandan, M.E, Villaseñor N.Y. (2006). Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *Instituto Nacional de Cancerología*, vol. 147, N. 1, p. 147. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Carvalho, F.A, Silva O. (2006).Práctica Del auto examen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará.*RevistaCubana Enfermería*.Vol. 22, N. 3, p.10, Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Fernández, J.C (2012).Factores pronósticos como estimación de riesgo de recidiva en mujeres con cáncer de mama temprano. Máster universidad en ciencias de enfermería, vol. 7, N. 8 p. 48. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Font, A. (2009). *Cáncer y calidad de vida*. Universidad autónoma de Barcelona, N. 61, p 10. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.com>.

Flores, Luna L, Salazar, Martínez E, Duarte, Torres RM, Torres, Mejía G, Alonso, Ruiz P, Lazcano, Ponce E. (2008). Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud Pública de México*, vol. 50, N. 2, p 119. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.com>.

García, Viniegra. (2009). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Revista cubana*, vol. 25, N. 72, p. 9. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.com>.

Giraldo, Mora. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Revista en Salud pública*, vol. 11, N. 4, p. 12. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.com>.

González, Robledo L.M, Nigenda G, López, Carrillo L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina Retos a futuro. *Revista en Salud Pública de México*, vol. 52 N. 6 p 533. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

INEGI. (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama*. Páginas 17.

Knauth FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola, Órnelas, H, Langer A, Frenk J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Revista de Salud Pública de México*, vol. 51, N 2, p. 335. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Lazcano P.E, Gómez D.H, Romieu, I. (2009). Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Revista de Salud pública de México*, 51, N. 2, p. 138. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

López, C.L, Suárez, López L, Torres, Sánchez L. (2009). Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud

Reproductiva. *Revista en Salud Pública de México*, vol. 51, N. 2, p 345.

Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Lucas, García, Lluch, Valentín. (2007). Cáncer de mama. *Revista*

cuestionesmas frecuentes, vol. 9, N. 3, p 35.Extraído en Noviembre de 2013.

Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Nigenda G, Caballero M, González,Robledo LM. (2009).Barreras de acceso al

diagnóstico tempranodel cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca.

Revista Salud Pública de México, vol. 51, N. 2, p. 254.Extraído en Noviembre

de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Maza, Fernández ME, Vecchi, Martini E. (2009). El cáncer de mama en México:

evolución,panorama actual y retos de la sociedad civil.*Ensayo en Salud Pública*

de México, vol. 51, N. 2, p. 329.Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en:

[http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Mora, C.V, Arango, Rojas ME. (2009). Representaciones sociales frente al auto

cuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación Educación*

Enfermería, vol. 27, N. 2, p. 191. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible

en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales. (2008). Mortalidad y cribado. Extraído de [www.who.int/whostat/PDF ES WHS08 Full.pdf](http://www.who.int/whostat/PDF_ES_WHS08_Full.pdf)

Ortiz, Rodríguez S.P, Torres, Mejía G, Mainero, Ratchelous F, Ángeles, Llerenas A, López, Caudana A. E, Lazcano, Ponce E, Romieu I (2009). Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Revista Salud Publica de México*, vol. 50, N. 2 p.126. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Pérez, Z.S, Sandoval, Tapia M.H. (2009). Factores de riesgo para cáncer de mama. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol. 6, N. 3, p 6. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Pérez, A.G. (2006). Cáncer de mama y depresión. *Revista Electrónica de psicología iztacala*, vol.9 N. 2, p 17. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Rodríguez, S. M. (2006). *Epidemiología del cáncer de mama. Ginecología y Obstetricia*. 4 Edición.

Tonani, M, Campos, Carvalho. (2008). Riesgo de cáncer y comportamientos preventivos: la persuasión como una estrategia de intervención. *Revista Latino-am Enfermería*, vol. 16, N.5, paginas 8. Extraído en noviembre de 2013
Disponibile en: [http://: www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

Torres, M.G, Lleneras, A. (2009). Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latinay el mundo. *Revista en Salud Publica de México*, vol. 51, N, 2p 165. Extraído en Noviembre de 2013. Disponible en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Torres, Sánchez L, Galván, Portillo M, Lewis S, Gómez, Dantés H, López, Carrillo. (2009). Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Revista en Salud Publica de México*, vol. 51, N, 2p 181. Extraído en Noviembre de 2013.
Disponibile en: [http://: www.scielo.com](http://www.scielo.com).

Vaca, M, J. (2008). ginecólogo-obstetricia IMSS. Universidad de Guadalajara. *Incidencia de factores de riesgo en cáncer de mama*. Paginas 21. Extraído en Noviembre 2013 de <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-revmexmastol/e-ma2006/e-ma06-1/em-ma061.e.htm>

Vega, González. (2006). Teoría del Déficit del autocuidado, *Artículo ciencia y cuidado*, vol. 4, N. 4p 18, Extraído en Enero 2014. Disponible en: <http://www.Dialnets.com>.

Velásquez, T. (2009). *Anatomía patológica*. Editorial la Prensa Médica Mexicana. p 612.