



Enfermería Universitaria

www.elsevier.es/



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Patrones de comportamiento para la detección de CA mamario en trabajadoras de una institución hospitalaria

T. Jacobo-Galindo^{a*}, L. Villalobos-Arámbula^b, R. Gallegos-Torres^c, A. S. Xequé-Morales^d,
B. Reyes-Rocha^e y G. Palomé-Vega^f

^aEstudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

^bInvestigación y Posgrado, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

^cDepartamento de Planeación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

^dDepartamento de cómputo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

^eInvestigación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

^fDirección de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

Recibido: 8 abril 2014; Aceptado: 27 junio 2014

PALABRAS CLAVE

Comportamiento;
Cáncer de mama;
Detección; Prevención
y control; México.

Resumen

Objetivo: identificar los patrones de comportamiento contemplados en el modelo transteórico de cambio de comportamiento en salud (MT) y su relación con la detección oportuna del cáncer (Ca) de mama en mujeres trabajadoras de un hospital de Colima, Colima.

Métodos: estudio transversal descriptivo; muestra de 105 trabajadoras no profesionales y profesionales de la salud. Criterios de inclusión, tener más de 25 años de edad, ser personal de base, no contar con diagnóstico de Ca de mama y firmar consentimiento informado. Instrumento adaptado a 5 de las 7 etapas de patrones de comportamiento del Modelo Transteórico, conformado por 20 preguntas y una lista de cotejo de 7 elementos para evaluar la autoexploración mamaria.

Resultados: edad promedio de 42 años; 66.6% fueron profesionales de la salud; 21.9% tuvieron antecedente familiar de Ca de mama y 31.4% patología benigna de mama. La evaluación de la técnica de autoexploración fue excelente en 66.7%. En 3 de las etapas del MT se encontró: en *precontemplación* al 3.81%, en *contemplación* 40% y en *mantenimiento* 0%.

Conclusiones: los resultados muestran datos importantes que sirven como punto de reflexión con respecto a la dinámica de prevención del Ca de mama en trabajadoras de una institución de salud, de las cuales, socialmente se asume que tengan la información y por tanto, que actúen en pro de su salud y por supuesto, de la del resto de la población.

*Autor para correspondencia: Correo electrónico: teresitajxlxdx@hotmail.com (T. Jacobo-Galindo).

KEYWORDS

Breast cancer;
Behavior; Detection;
Prevention & control;
Mexico.

Behavioral patterns in breast cancer early detection among workers in a hospital institution**Abstract**

Objective: To identify the behavioral patterns pointed in the health behavior change trans-theoretical model (MT) in relation to breast cancer early detection in working women at the Hospital in Colima, Colima.

Method: Transversal and descriptive study with a sample of 105 professional and not professional health worker women. The inclusion criteria were being older than 25 years, being a permanent worker, having not been diagnosed with breast cancer, and the agreement on signing an informed consent. The instrument was adapted to 5 of the 7 behavior stages of the MT, and included 20 questions and a 7 element checklist to assess the breast self-exploration process.

Results: The average age was 42 years. 66.6% were health professionals, 21.9% had a breast cancer family background, and 31.4% had a breast benign pathology. A self-exploration technical assessment was excellent in 66.7% of the respondents. In 3 stages of the MT, 3.81% were found in pre-contemplation, 40% in contemplation, and 0% in maintenance.

Conclusions: The findings show the breast cancer prevention dynamics among workers in a health institution, and support the need of this knowledge to help them preserve their health as well as that of the rest of the population.

1665-7063 © 2014. Enfermería Universitaria. Arte, diseño, composición tipográfica y proceso fotomecánico por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que el cáncer comienza con la modificación de una sola célula que puede haber sido activada por factores genéticos o por agentes externos. La incidencia aumenta con la edad, muy probablemente porque se van acumulando los factores de riesgo; estos factores se combinan con la eficiencia o ineficiencia de los mecanismos de reparación celular, los cuales son influidos por la edad de la persona. El tabaquismo, el alcoholismo, el consumo insuficiente de frutas y hortalizas, las infecciones por virus de la hepatitis B, C y del papiloma humano, son los principales factores de riesgo de cáncer en los países de ingresos bajos y medianos¹.

En los países en desarrollo, sobre todo en América Latina, la incidencia y la mortalidad se han incrementado de manera notoria debido al envejecimiento poblacional, los cambios en los patrones productivos, mayor exposición a los factores de riesgo y problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado².

En México, el cáncer de mama es uno de los principales desafíos para la salud de las mujeres adultas, con una gran carga de muertes prematuras ya que el 60% mueren entre los 30 y 59 años de edad³. En el comparativo mundial, México se ubica en el lugar 101 de incidencia y 135 de mortalidad entre 172 países, esto mencionado por la Agencia Internacional de investigación en cáncer. El diagnóstico sigue realizándose en fases tardías y la supervivencia es baja, con muy pocas probabilidades de curación. El cáncer de mama había ocupado históricamente el segundo lugar de mortalidad por un tumor maligno en la mujer, siempre precedido por el cáncer cervicouterino hasta el año 2006, cuando lo desplazó para ocupar el primer lugar como causa de muerte por cáncer. En datos preliminares sobre defunciones del año

2007, se notificaron 4 597 muertes con una tasa de 16.5 por cada 100 000 mujeres de 25 y más años, tres veces más que la cifra registrada en 1955, con una edad promedio al morir de 59 años². Esta afección es más importante en el norte y el centro, con tasas menores en los estados del sur; empero aún en los estados con los niveles socioeconómicos más bajos se presenta una transición epidemiológica con enfermedades no transmisibles ubicadas entre las principales causas de mortalidad, y entre ellas destaca el cáncer de mama. En los diferentes estados de la República Mexicana, existe una tendencia en mortalidad ascendente de 15 a 18 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años o más. El estado de México ocupa el primer lugar en mujeres de 40 a 54 años⁴ en tanto que el estado de Colima tiene el primer lugar en mujeres de 35 a 45 años con el 40% y, al considerar, todas las edades en mujeres, el 17.5% del total de las defunciones fueron registradas por esta causa⁵.

Desde la perspectiva de la Salud Pública, la disminución de los factores de riesgo en la comunidad puede tener un impacto significativo sobre la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. Por consiguiente, son recomendables las campañas de comunicación y educación a la población que favorezcan conductas relacionadas con un menor riesgo de padecer o morir por cáncer de mama, como: promoción de la alimentación al seno materno, alimentación balanceada con alto contenido de fibra, actividad física regular, prevención del sobrepeso y el consumo de alcohol, y nula automedicación de terapias de reemplazo hormonal en la menopausia².

Algunos estudios han demostrado que la aculturación de las mujeres mexicanas reduce el consumo de proteínas, carbohidratos, vitaminas y calcio, al igual que la actividad física, pasando de efectos protectores a relación de riesgo para cáncer de mama. Del mismo modo se señala que las mujeres nacidas entre 1960 y 1969, quienes están actualmente entre

los 52 y 43 años, tienen la mayor prevalencia de factores de riesgo para padecer cáncer de mama, estos se verán expresados en la medida en que envejezcan, elevando de forma importante la incidencia y mortalidad en mujeres mayores de 50 años asemejándose a lo observado en los países desarrollados².

La prevalencia de obesidad en México es alarmante, ya que ocurre en todos los grupos de edad en el ámbito nacional; este aumento se ve reflejado en las enfermedades crónicas no transmisibles, con alta mortalidad prematura y el alto costo social en salud, además de la reducción de la calidad de vida. Entre las enfermedades relacionadas, además de la diabetes mellitus y cardiovasculares se encuentran diferentes tipos de cáncer, entre ellos el de mama. La OMS calcula que para el 2015 habrá aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso. Las proyecciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) mencionan que las mujeres con poca educación son entre 2 y 3 veces más propensas a tener sobrepeso que las mujeres más educadas. La causa fundamental es debido al desequilibrio entre las calorías consumidas y gastadas, la occidentalización de la dieta, disminución del tiempo disponible para preparación de los alimentos, aumento de la publicidad para el consumo de alimentos industrializados y de fácil y rápida preparación, aumento del poder adquisitivo en algunos grupos de población^{6,7}.

Se ha estudiado la relación entre el cáncer de mama y la obesidad, evaluada a través del índice de masa corporal (IMC). En México, se encontró una relación significativa con la ingesta de alimentos con alto índice glucémico, por tanto es posible que los alimentos tengan un papel determinante en la aparición de la enfermedad; Torres-Sánchez et al.⁸, elaboraron una revisión extensa acerca de la dieta y el cáncer mamario en Latinoamérica, donde se demuestra que la misma juega un papel importante en el desarrollo de dicho tumor, siendo de gran complejidad evaluar las relaciones que existen al combinar y cocinar los alimentos, constituyendo un reto para el diseño de programas de prevención primaria⁹.

El tabaquismo lo señalan algunos autores como factor causal, por sus derivados como el benzopireno, las aminas aromáticas y nitrosaminas implicados en la carcinogénesis de la mama⁴. Entre 2000 y 2005 se incrementó la proporción de mujeres fumadoras; en el grupo de 20 a 29 años aumentó la prevalencia de 8.4 a 10.7 y en mujeres de 50 a 59 años, de 9.4 a 10.7%¹⁰.

Otro de los factores de riesgo es el sedentarismo o la inactividad física. A éste respecto, un estudio colombiano menciona, que en relación a la actividad física y a los comportamientos saludables, se puede afirmar que a mayor actividad física, habrá menor consumo de tabaco y alcohol, si esto sucede en personas que practican deportes de alto impacto, se podría establecer entonces, una relación entre la actividad física juvenil, como predictora de la actividad física adulta. Este estudio evaluó en específico el nivel de actividad física en médicos y enfermeras, los resultados los ubicaron con hábitos poco y nada saludables en el 85.7% de los médicos y 94.2% de las enfermeras¹¹.

La supervivencia del cáncer de mama depende sobre todo de su detección, diagnóstico y tratamiento oportunos. La mamografía es la herramienta diagnóstica más utilizada en

los programas de tamizaje y diagnóstico. La efectividad de la autoexploración de los senos y el examen clínico es aún tema de debate en relación con su utilidad como herramientas diagnósticas auxiliares en países en desarrollo¹².

La Norma Oficial Mexicana -041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama, establece la detección a través de la autoexploración, la exploración clínica y la mastografía; esta última cada uno o dos años en mujeres de 40 a 49 años con 2 o más factores de riesgo, y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, siempre que exista el recurso¹³.

Se plantea que la sensibilidad que proporciona la autoexploración mamaria es del 26 al 41%; se puede decir que dependiendo de la técnica de enseñanza es posible lograr que alrededor de 51 a 65% de las mujeres identifiquen al menos abultamientos de 0.5 a 1 cm en el seno. Tanto la edad como la residencia y la escolaridad tienen un efecto significativo en la revisión de las mamas: es tres veces más frecuente en mujeres mayores de 30 años en comparación con aquellas de 15 a 20 años (RM=32; IC95%: 2.7 a 3.9); las mujeres que residen en áreas urbanas revisan sus mamas el doble de veces que las residentes en áreas rurales (RM= 1.9; IC95%: 1.7 a 2.2) y las mujeres con escolaridad de al menos preparatoria llevan a cabo esta práctica, seis veces más frecuentemente que las mujeres sin estudios (RM=6.0; IC95% 4.4- 8.2)^{12,14}.

Por otro lado, la sensibilidad que se obtiene mediante el examen clínico de mama, es de un 40% a un 69% y con una especificidad del 88% al 99%. En el examen mastográfico la sensibilidad es del 77% al 95%, con un rango de 54% a 58% entre las mujeres menores de 40 años y una especificidad del 94% al 95%¹⁴.

Las conductas o comportamientos de las personas tienen un impacto muy importante en la salud; en la medida en que sean favorables o desfavorables, pueden constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo según sea el caso. La integración de los componentes cognitivos y emocionales de la persona, tienen una función activadora, organizadora y directiva de la conducta con el fin de lograr una meta específica¹⁵.

Relacionado con lo anterior, son diversas las teorías que han tratado de explicar y proponer modelos de comportamiento saludables en los últimos 25 años para explicar los comportamientos en salud en general, que prevengan patologías diversas, incluido el cáncer. Uno de los modelos de cambio que maneja etapas eficaces es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, llamándose así porque surge en el análisis de 18 sistemas o teorías psicoterapéuticas distintas, que llevan a la conclusión de que el cambio terapéutico se da a través de una serie de etapas más o menos fijas por la acción de algunos procesos psicológicos importantes, concibiendo el cambio como un proceso cíclico en lugar de un proceso continuo, siendo sus etapas las siguientes: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento¹⁶.

En este sentido, el modelo transteórico de cambio de comportamiento en salud (MT), es una de las propuestas más innovadoras en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por las posibilidades que ofrece para planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos a quienes están dirigidas las acciones. Su fuerza radica en su ya

demostrada capacidad de acelerar la velocidad de los cambios comportamentales, en las poblaciones intervenidas según sus variables y constructos explicativos; es hoy reconocido como un recurso innovador en el área de la educación y promoción de la salud, en donde los procesos de cambio son el elemento básico para ser aplicados en el diseño de programas e intervenciones promotoras de salud con impactos de comportamiento directos e indirectos, puesto que especifican las transiciones de una etapa a otra, ya que el núcleo de este modelo parte de la idea simple de que el cambio no ocurre en un instante; así, este modelo es un mapa muy útil para saber en qué punto del proceso de cambio se encuentra una persona^{15-17,18} (fig. 1). Para fines de este estudio se realizó una adaptación del modelo contenido en el Protocolo de Enfermería de Casales-Hernández MG y Hernández-Torres J. tomado como ejemplo para su estructuración en la detección oportuna de cáncer de mama¹⁸ (tabla 1).

El objetivo de este estudio fue identificar los patrones de comportamiento contemplados en el MT y su relación con las acciones de detección oportuna del cáncer de mama en mujeres trabajadoras de una institución hospitalaria, para lo cual se tomaron en cuenta cinco de las siete etapas contempladas en el modelo ya señalado¹⁵⁻¹⁸, la penúltima y última etapa correspondientes a “recaída” y “terminación”, no fueron consideradas para esta investigación al no formar parte de acciones de detección y prevención.

Lo anterior permitirá conocer las diferencias respecto al conocimiento y realización de las acciones de detección así como la prevención de algunos factores de riesgo entre el personal con estudios relacionados con la salud y el personal de otras áreas que laboran en la misma institución de salud.

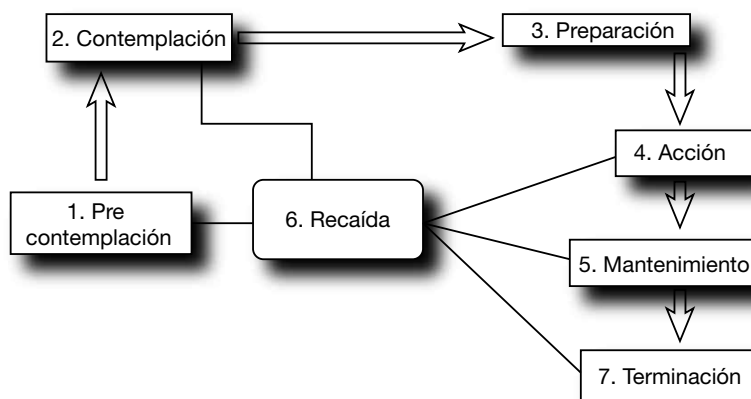
Métodos

Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en una institución hospitalaria, se valoró a profesionales de la salud (enfermeras, médicas, nutriólogas, laboratoristas, odontólogas, asistentes médicas y trabajadoras sociales) y no profesionales (áreas administrativas, archivo clínico, intendentes,

secretarías) todas del sexo femenino. El universo estuvo compuesto por 188 mujeres, representando el 100% de trabajadoras de la institución. Los criterios de inclusión fueron: tener 25 años o más, ser personal de base y aceptar participar en el estudio; se excluyeron del universo a 3 trabajadoras con diagnóstico de cáncer de mama y 18 como parte de la prueba piloto. Se eliminaron 6 encuestas incompletas, 56 trabajadoras no se consideraron por no encontrarse al momento del levantamiento de datos, no devolvieron su encuesta o bien no aceptaron participar en el estudio. La muestra final quedó conformada por 105 mujeres que cumplían con los criterios ya señalados. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Las variables fueron medidas mediante: 1) la aplicación de una cédula elaborada *ex profeso* para esta investigación, adaptada a partir del MT, cuyas etapas aplicadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades permiten la planeación y ejecución de acciones a partir de las características específicas de un grupo o población^{17,18}. Esta cédula se estructuró con un total de 20 preguntas, dividida en 3 categorías: a) características sociodemográficas y de salud de las trabajadoras: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, antigüedad, b) antecedentes familiares y personales de patología de la mama y c) identificación de 5 de los 7 patrones de comportamiento del MT mediante la utilización de preguntas dicotómicas (estos últimos fueron adaptados del modelo de Casales-Hernández MG, Hernández-Torres J.¹⁸); 2) una hoja de cotejo de 7 ítems para la valoración técnica de autoexploración mamaria, consistiendo en una exploración clínica individual estática y dinámica, efectuada mediante la inspección y palpación de los senos en búsqueda de simetría, bultos, hundimientos, cambios de coloración, umbilicación del pezón, escurrimientos etc.¹⁹ para lo cual fue necesario que cada participante demostrara cómo se realiza en lo personal dicha técnica y contestara además en qué momento del mes la lleva a cabo. Quedando así el instrumento de recolección de datos acorde con la operacionalización de las variables.

La cédula fue piloteada mediante técnica de entrevista estructurada por la investigadora principal, y una pasante de Licenciatura en Enfermería, comparándose al final las



Adaptada de Cabrera GA et al.¹⁷.

Figura 1. Representación de las 7 etapas del cambio del Modelo Transteórico

Tabla 1. 5 Etapas comportamentales del Modelo Transteórico (MT) adaptado a la detección oportuna de cáncer de mama

Etapa comportamental	Definición	Comportamiento
1. PRE-CONTEMPLACIÓN (Rojo)	Considera que el cáncer de mama en la mujer es un problema actual, sin embargo no muestra interés en ninguna de las acciones preventivas.	Sí sabe que el cáncer de mama es un problema pero no acude a los servicios de salud.
2. CONTEMPLACIÓN (Rojo)	A pesar de la importancia de la detección del cáncer de mama no realiza ninguna acción preventiva en su persona.	No ha acudido a cita en medicina preventiva, ni con personal médico, además de no realizarse la autoexploración mamaria.
3. PREPARACIÓN (Amarillo)	Efectúa algunas acciones como la autoexploración mamaria, acude a cita anual para la exploración clínica mamaria y mamografía	Sabe realizarse la autoexploración, y considera necesario acudir a cita médica para la exploración clínica anual y la mastografía (si corresponde de acuerdo a edad o protocolo).
4. ACCIÓN (Verde)	Realiza adecuadamente las 3 acciones de detección de cáncer de mama (Autoexploración, examen clínico y mamografía).	Estas se encuentran registradas en la cartilla de salud.
5. MANTENIMIENTO (Verde)	Además de la realización de las 3 acciones de detección específicas, mantiene hábitos saludables que contribuyen a evitar la enfermedad.	Evita el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo; se mantiene en su peso corporal, realiza actividad física.

Adaptada de Casales- Hernández MG y Hernández Torres J¹⁸.

respuestas obtenidas por ambas, se cuidó que todas las respuestas arrojaran con claridad las variables que se buscaba medir, a fin de cumplir con los requisitos de confiabilidad y validez²⁰.

Previo al levantamiento de datos en los sujetos de estudio, se entregó consentimiento informado a cada participante apegándose a las disposiciones de la Ley General de Salud título Quinto, el cual hace referencia sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; respecto al artículo 100 fracción I, se tomó en cuenta lo relativo a los principios éticos y científicos para el respeto de la privacidad y los derechos, en lo concerniente a la fracción III, se les garantizó su seguridad física y psicológica por los riesgos mínimos de acuerdo al tipo de mediciones y procedimientos a que serían sometidos, por último el consentimiento, primero verbal y después por escrito, les garantizó el respeto a su dignidad recalcando el derecho de retirarse en cualquier momento de la investigación, cuando por alguna causa (sea la que fuere), decidieran retirarse del mismo en acato a la fracción III, del citado artículo²¹.

Una vez recolectados los datos, estos se capturaron en una base de datos de SPSS v.17 elaborada previamente; se aplicó estadística descriptiva, utilizando medias, desviación estándar, frecuencia, moda y mediana. Esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Investigación del Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Resultados

De las 105 participantes, se encontró que la media de edad fue de 42.05 años, con una desviación estándar (D.E.) de ± 8.16 ; el estado civil mayoritario fue de casadas (48.6%); 66.6% fueron profesionales del área de la salud. En referencia a la escolaridad, 86.7% contaba de carrera técnica a

especialidad. La antigüedad laboral referida fue de más de 16 años con el 56.2%. Con respecto a los antecedentes familiares de cáncer de mama y personales de patología benigna de mama, se encontró que 21.9% de las participantes tiene antecedentes familiares directos y 31.4% presenta patología benigna. De las trabajadoras con antecedente familiar de cáncer de mama, 1 de ellas carece de las 2 acciones de detección más específicas como el examen clínico mamario y la mamografía y, solo el 30.43% (7) cuenta con ambas.

En relación a los patrones de comportamiento del MT, en la tabla 2 se resaltan en las etapas 3 y 4 las 3 acciones consideradas para la detección oportuna para cáncer de mama: 1) autoexploración mamaria, 2) examen clínico mamario y 3) mamografía (de acuerdo a la edad de la participante). La que se realiza con mayor frecuencia es la autoexploración mamaria.

Con respecto a las acciones de prevención, se encontró que no tienen ninguna detección 3.8% (4) de las participantes y solo el 24.8% (26) tienen completas 2/3 acciones.

En la tabla 3 se muestran los resultados totales de las 5 etapas del MT consideradas y adaptadas a la detección de cáncer de mama para este estudio; se puede observar que en la etapa 3 del MT concerniente a la preparación y para lo cual existen registros en la cartilla de salud de realización de la autoexploración mamaria lo tiene el 83.1% de las mujeres profesionales de salud y el 73.5% de las no profesionales de salud. Con respecto a la etapa 4 del MT correspondiente a acciones completas de detección únicamente 17 profesionales de la salud (23.9%) y 9 no profesionales de la salud (26.5%) cumplieron con sus detecciones, al revisar la etapa 5 del MT referente a 4 de los factores de protección investigados: obesidad, tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo no se situó a ninguna de las participantes de cada grupo.

A la valoración de la técnica de autoexploración mamaria, se encontró que 66.7% lo realizan de manera excelente (tabla 4), para ello se consideró la fecha en que deben de

Tabla 2. Resultado de acciones realizadas por mujeres profesionales y no profesionales de la salud para la detección de cáncer de mama de acuerdo a las etapas 3 y 4 de los patrones de comportamiento del modelo transteórico (MT).

ETAPA DEL MT	Personal profesional de la salud N=71		Personal no profesional de la salud N =34	
	FR	%	FR	%
ETAPA 3 PREPARACIÓN Sí se tiene registro del ECM*	35	49.3	21	61.8
ETAPA 4 ACCIÓN Sí se realiza la AEM**	59	83.1	25	73.5
ETAPA 4 ACCIÓN Sí se realiza la Mamografía	13	18.3	8	23.5

*ECM: examen clínico mamario; **AEM: autoexploración mamaria

Tabla 3. Cumplimiento de 5 etapas del modelo transteórico (MT) por mujeres profesionales y no profesionales de la salud de acuerdo al programa para la detección del cáncer de mama

ETAPA DEL Modelo Transteórico	Personal profesional de la salud N=71		Personal no profesional de la salud N=34	
	FR	%	FR	%
1 PRECONTEMPLACIÓN No tienen cumplimiento de ninguna acción de detección de Ca de mama	1	1.4	3	8.8
2 CONTEMPLACIÓN No tienen registrada citas para ECM** ni Mamografía	30	42.2	12	35.3
3 PREPARACIÓN Solo tienen AEM*	59	83.1	25	73.5
3 PREPARACIÓN Si tienen registrada cita para el ECM**	33	46.5	20	58.8
3 PREPARACIÓN Si tienen cita registrada para mamografía de acuerdo a edad o protocolo.	13	18.3	8	23.5
4 ACCIÓN Si tienen completas las 3 detecciones (AEM*, ECM** y mamografía).	17	23.9	9	26.5
5 MANTENIMIENTO Además de tener las detecciones completas evitan factores de riesgo como: obesidad, tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo.	0	0	0	0

*AEM: autoexploración mamaria; **ECM: examen clínico mamario

autoexplorarse y la forma de realizarse (de pie y acostada). En estos resultados se aprecian mejores puntajes para profesionales de la salud donde 3 de cada 4 obtuvieron puntaje de excelente en cambio las no profesionales menos de la mitad obtuvo este puntaje.

A la aplicación de la prueba Rho de Spearman a la variable antigüedad, por considerarla como un factor que pudiera estar relacionado con una mayor o menor oportunidad de contacto con los programas de detección a través de las capacitaciones formales de la institución, contra el puntaje obtenido en la técnica de autoexploración mamaria no se obtuvo significancia estadística dado que el resultado fue de 0.196. Vale la pena señalar que 2 participantes, lo que equivale al 1.9%, no realizan este procedimiento.

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar los patrones de comportamiento contemplados en el MT, y su relación con las acciones de detección oportuna del cáncer de mama en mujeres trabajadoras de una institución hospitalaria. La elección de este MT se debió a las posibilidades que ofrece para planear y ejecutar las intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos, a quienes se dirigen las acciones en el área de promoción para la salud y prevención de la enfermedad, en este caso en particular, hacia las acciones enfocadas a la prevención y el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, tratando así de conocer en las mujeres trabajadoras profesionales y no

Tabla 4. Puntaje obtenido en la evaluación de la realización de la técnica de autoexploración mamaria a mujeres profesionales y no profesionales de salud.

RESULTADO	Personal profesional de la salud		Personal no profesional de la salud	
	FR	%	FR	%
EXCELENTE	55	77.5	15	44.1
MUY BUENO	5	7.0	10	29.4
BUENO	8	11.3	2	5.9
REGULAR	3	4.2	5	14.7
NO LO REALIZÓ	0	0	2	5.9
TOTAL	71	100.0	34	100.0

profesionales de la salud, en qué etapa del cambio se encuentran.

La edad es uno de los factores más conocidos para la enfermedad de cáncer de mama; en México suele manifestarse a partir de los 20 años, incrementando su frecuencia hasta alcanzar los 40 a 54 años, una década antes que las mujeres europeas o estadounidenses (51 vs 63 años respectivamente)⁴. El grupo de estudio obtuvo una media de edad de 42.05 años, aunque corresponde a un grupo de mujeres jóvenes, se ubican de acuerdo a edad en la etapa considerada de riesgo.

Como se sabe, los antecedentes familiares en primer grado de cáncer de mama incrementan el riesgo 1.8 veces⁴; en este estudio 21.9% de las participantes refirió tenerlo; respecto al antecedente de enfermedad benigna se señala que aumenta de 4 a 5 veces el riesgo con resultado histopatológico de hiperplasia de células ductales y lobulillares⁴; una tercera parte del grupo estudiado estuvo en esta condición.

Un estudio en México sobre la detección de cáncer de mama refiere que solo el 74% se realiza autoexploración mamaria¹². En el presente estudio el resultado fue más alto con un 81.9%, lo cual puede deberse en parte, a la formación profesional en el área de la salud de algunas de las participantes, sin embargo, se esperaría que su dominio fuera casi cercano al 100%. A la indagación de quienes acuden a realizarse la exploración clínica con personal de salud se encontró que lo hace el 53.3% vs 37.4% a pesar de que es mayor a lo reportado por este estudio¹², el porcentaje que si se efectúa la exploración clínica, sigue por debajo de los estándares esperados.

El programa de prevención y control de cáncer en México establece la recomendación por el médico familiar de la realización de la mamografía en las mujeres de 40 a 49 años con 2 factores de riesgo o más y desde 10 años antes si cuenta con el antecedente familiar de cáncer de mama¹⁴; en los resultados de esta investigación, de 67 que debieron realizársela solo el 17.1% lo tiene documentado en su cartilla de salud, muy lejos de cumplir con la meta propuesta en el programa nacional de cáncer de mama.

De acuerdo a la reportado en el Programa Nacional de Salud de México 2007-2012 la prevalencia de obesidad en mujeres mexicanas adultas es del 34.5%¹⁰ vs 17.1% de este estudio, y a la suma del sobrepeso y obesidad en mujeres

mayores de 20 años se reporta es una prevalencia del 71.9%¹⁰ vs 74.29% en esta población, es decir mayor a la media nacional considerando ambos grupos de profesionales y no profesionales de la salud; por separado el grupo de no profesionales de la salud tiene una prevalencia de 19% vs 32.4% de las profesionales de la salud, mientras que otro estudio realizado en Colombia en médicos y enfermeras reportaron sobrepeso y obesidad en el 23.3 y 29.4% respectivamente¹¹. El hecho de que en este estudio las mujeres profesionales de la salud tengan una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad se contrapone a lo señalado por la OCDE al mencionar que las mujeres con poca educación son entre 2 y 3 veces más propensas a tener sobrepeso que las mujeres más educadas⁶. Muy probablemente se deba a la incorporación al medio productivo, lo que propicia menor tiempo para preparación de alimentos y mayor accesibilidad de compra de alimentos de fácil preparación o comida rápida⁷.

En este estudio, las mujeres fumadoras activas corresponden al 7.6%, lo que las ubica 3.1% por debajo de la señalada en el PNS 2007-2012¹⁰ y tienen el 57.1% factor de protección para cáncer ya que nunca han fumado.

El consumo de alcohol, resultó alto en comparación a otro estudio (1.5%)⁴ ya que 2.9% lo consumen cada semana y el 78.1% lo hace de manera ocasional. En una investigación en que se evaluó el nivel actividad física de médicos y enfermeras y resultaron con hábitos poco y nada saludables con el 85.6% y 94.2% respectivamente¹¹, en el presente estudio aunque 57.1% refirió efectuar ejercicio 3 veces por semana y 42.9% no lo realizan, al parecer esta actividad no se refleja en el peso corporal de las participantes; posiblemente porque debe acompañarse de hábitos alimentarios saludables.

Entre algunas de las limitaciones para no abarcar el universo total de las mujeres trabajadoras fueron: el ausentismo por el programa institucional trabajador por trabajador, ya que ello les permite ausentarse continuamente, estar de vacaciones, y por rehusar a ser evaluadas mediante lista de cotejo sobre el conocimiento respecto a la técnica de autoexploración mamaria.

Finalmente se puede señalar que la implementación en los profesionales de enfermería del MT del comportamiento, les permite identificar en qué etapa se encuentra un individuo o una población en específico ante un problema de

salud o enfermedad, de tal forma que esta clasificación de ciertas conductas positivas o negativas, permite conocer cómo se encuentra el nivel de conciencia respecto al problema de salud, debiendo tomarse en cuenta estilos de vida e identificación de conductas perjudiciales para la salud; en segundo lugar, cómo se encuentra ante la presencia o ausencia de la intención del cambio considerando para ello el tiempo en que tiene pensado hacerlo; y en tercer lugar, los esfuerzos que realiza el sujeto para modificar su comportamiento que en el caso de los estilos de vida corresponde a la disminución o eliminación de aquellos que deterioran su salud o bien la aparición y el mantenimiento de aquellas conductas que la favorecen.

Conclusiones

Los estilos de vida pueden ser considerados dentro de los patrones de comportamiento y se expresan en prácticas saludables y no saludables, entre los comportamientos no saludables se mencionan: dieta inadecuada, consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo, descanso inadecuado etc. lo que conlleva a tener una serie de comportamientos inseguros que invariablemente aumentan la probabilidad de enfermar.

El resultado en la aplicación del MT a ambos grupos de mujeres trabajadoras, reveló que se tiene un mayor cumplimiento en la autoexploración mamaria por las mujeres profesionales de la salud, sin embargo, en la realización de las 3 acciones de detección específica para cáncer de mama son rebasadas con poco más de 2 puntos porcentuales por las mujeres no profesionales de la salud. Al analizarlas grupalmente 40% se encuentra en la etapa de contemplación. Ello refleja que si bien consideran importante el problema del cáncer de mama, así como la realización de las 3 principales acciones para su detección oportuna, prevención y tratamiento, solo el 24.8% de la población cuenta con las 3 detecciones, se esperaría que este porcentaje fuera mayor no solo por ser algunas profesionistas de la salud sino además por laborar en una institución de salud, esto lleva a reflexionar que ambos grupos deben ser tanto sujetos promotores como receptores de los beneficios del Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer de Mama. Respecto a la última etapa (5) del modelo concerniente al mantenimiento, este estudio consideró además de la realización de las 3 detecciones ya señaladas: actividad física, hábito tabáquico, ingesta de alcohol y medición del índice de masa corporal, como hábitos saludables protectores de salud contra esta enfermedad, encontrando que ninguna de las mujeres trabajadoras profesionales y no profesionales de la salud pudieron ser ubicadas en ella.

Es importante destacar como ello nos habla del alto riesgo que tienen en un futuro mediano, por la presencia de los siguientes factores de riesgo: una gran mayoría se encuentra en la cuarta década de la vida, con el antecedente familiar directo de cáncer de mama, patología benigna de mama, sobrepeso, obesidad, consumo de alcohol y tabaco. Otro aspecto importante es que solo el 77.5% de las profesionales de la salud se realiza de manera excelente la autoexploración mamaria, al ser aplicada la lista de cotejo que les evaluó: día del mes en que debe de practicarse, así como la realización de los pasos estando de pie y acostada; para lo

cual es necesario que el personal de salud reciba de manera permanente capacitación y actualización en los programas prioritarios de salud.

Estos resultados las sitúa como población de riesgo a pesar de estar inmersas en una institución de salud donde se ofrecen medidas encaminadas al autocuidado mediante: la promoción de estilos de vida saludables, de detección y tratamiento oportuno, lo que implica por un lado, ubicar a las trabajadoras como sujetos receptores de estas acciones para que puedan primero adoptarlas e interiorizarlas y posteriormente ser difusoras de las mismas, en beneficio de la población usuaria o derechohabientes bajo su responsabilidad y cuidado.

Se ha otorgado al cáncer de mama alta prioridad de atención debido a que es un padecimiento cuya incidencia y prevalencia va en aumento y se presenta en mujeres cada vez más jóvenes (tal vez derivado de un mayor número de acciones de detección), además, no se debe dejar de lado la repercusión económica, emocional y social que afecta a la mujer, familia e instituciones de salud cuando la enfermedad se hace presente; en este sentido los profesionales de la salud tienen un gran compromiso en su quehacer cotidiano.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva No. 297. Febrero 2012. Acceso 24 de marzo 2012. Disponible en: <http://bit.ly/1il315R>
2. Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública Méx* 2009; 51(Supl 2):S350-S360.
3. Knaut FM, López Carrillo L, Nigenda G, et al. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Méx*. 2009;51(Supl2): S335-S344.
4. Romero-Figueroa MS, Santillán-Arreygüe L, Olvera-Hernández PC, et al. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(11):667-72.
5. Instituto Nacional de estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos de Colima. Acceso 26 de mayo 2010. México: INEGI. Disponible en: <http://bit.ly/1kW4e45>
6. Barrera-Cruz A, Rodríguez-González A, Molina-Ayala MA. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.2013;51(3):292-299.
7. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Disponible en: <http://bit.ly/UoYljo>
8. Torres-Sánchez L, Galván-Portillo M, Lewis S, et al. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud Pública Méx* 2009;51(2):s181-s190.
9. Knaut FM, López-Carrillo L, Lazcano-Ponce E, et al. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los servicios de salud. *Salud Pública Méx*. 2009;51(1):138-140.

10. SSA. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud 2007.
11. Sanabria-Ferrand PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med* 2007;15 (2):207-217.
12. López-Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud reproductiva. *Salud pública Méx.* 2009;51(supl 2):s345-s349.
13. SSA. Norma Oficial Mexicana -041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama, disponible en: <http://bit.ly/1k4snKC>
14. Torres-Arreola LP, Vladislavovna S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(2):157-166.
15. Lema-Soto LF, Salazar-Torres IC, Varela-Arevalo MT, et al. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico* 2009;5(12):71-88.
16. Molina MC, Infante O, Goizueta M, et al. Estrategia educativa para el desarrollo de conductas de autocuidado en mujeres del policlínico Plaza de la revolución en Cuba. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2008;11(1):56-77.
17. Cabrera GA. El modelo transteórico de comportamiento en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2000; 18(2):129-138.
18. Casales-Hernández MG, Hernández-Torres J. Protocolo de enfermería para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. Secretaría de Salud 2008.
19. SSA. Manual de exploración clínica de las mamas. México: Secretaría de Salud. 2007.
20. Pineda EB, De Alvarado EL. Metodología de la investigación. 3ª ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
21. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, Últimas Reformas 07 junio 2012. Acceso 26 de noviembre 2012. Disponible en: <http://bit.ly/Up2PvP>