

R. Matorras* , **,
C. Tacuri*,
M. L. Rodríguez***,
A. Moriche***,
G. Gutiérrez de Terán*,
P. Lobo*,
S. Perera*

Análisis del conocimiento respecto al cáncer de mama en la población femenina*

SUMMARY

We studied the objective knowledge regarding breast cancer in a population of 399 women from Alcalá de Henares, through a questionnaire. The frequency of breast cancer was dramatically underestimated (1/117 women). Our population thought that the main breast cancer risk factors were: smoke and heredity, followed by oral contraceptives, drug abuse, alcohol and environmental pollution. While breast self-examination was known by 70% of women, it was performed post-menstruation only by 24% of them. The 21% considered mastodinia as a probable sign of breast cancer. Persistent breast nodules were thought to be a symptom of cancer by 33% of women, whereas 50% said that the nature of changing nodules «varied». It is concluded that there is an important degree of uninformaton regarding breast cancer among our population. If we want an early diagnosis and treatment the aforementioned failures should be corrected.

- * Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares (Madrid).
** Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya). Universidad del País Vasco.
*** Consejería de la Mujer. Ayuntamiento de Alcalá de Henares (Madrid).

Palabras clave

Cáncer de mama, Encuesta, Información, Población general, Factores de riesgo, Autoexploración.

Key words

Breast cancer, Inquiry, Information, General population, Risk factors, Self-examination.

Correspondencia:

Dr. Matorras.
Jon Arrospide, 24, 7.º D.
48014 Bilbao.

INTRODUCCION

En la actualidad se concede un creciente protagonismo al individuo en los programas de salud, tanto a nivel preventivo como diagnóstico y terapéutico. Ello resulta especialmente trascendente en el cáncer de mama. Sin embargo, para que la mujer pueda desempeñar su capital papel en los mencionados programas es preciso que disponga de una correcta información. No obstante, con frecuencia el bagaje de co-

nocimientos con que cuenta la población es insuficiente, inadecuado o erróneo. Dado que los citados conocimientos varían notablemente dependiendo del ámbito y medio social, su investigación conlleva un notable interés. Ello permitiría al clínico determinar los errores más frecuentes en su población, así como las falsas creencias existentes y tenerlo presente en la relación médico-paciente. Por otra parte, la detección de importantes deficiencias en el saber de la población femenina respecto al cáncer de mama debería ser tenido en cuenta por la Administración para planificar los programas informativos tendentes a subsanar las citadas insuficiencias.

* Trabajo realizado en parte mediante una subvención del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

TABLA I
PERCEPCION DE PRESUNTOS FACTORES DE RIESGO
EN EL CANCER DE MAMA

	Favorece		Nada que ver		No contesta	
	N	%	N	%	N	%
Tabaco	175	43,85	31	7,76	193	48,37
Herencia	174	43,61	71	17,79	154	38,60
Anticonceptivos..	118	29,57	39	9,77	242	60,65
Drogas	94	23,55	49	12,28	256	64,16
Alcohol	92	23,05	47	11,78	260	65,16
Contaminación ..	89	22,31	80	20,05	230	57,64
Estrés	66	16,54	58	14,53	275	68,92
Sobrepeso	53	13,38	74	18,54	272	68,17
Alt. menstr. (1) ...	48	12,03	79	19,80	272	68,17
Menopausia retrasada	26	6,52	80	20,05	293	73,43
Menopausia adelantada	25	6,26	80	20,05	294	73,68
Multiparidad (2) .	19	4,77	88	22,11	291	73,11
Hipert. mam. (3)	18	4,51	87	21,80	294	73,68
Menarquia temprana	13	3,26	87	21,80	299	74,94
Dismenorrea (4)	13	3,26	98	24,56	288	72,18
DIU (5)	12	3,01	86	21,55	301	75,43
Sexarquia temprana (6)	9	2,26	95	23,81	295	73,94
Cesárea	3	0,75	104	26,07	292	73,18

Los epígrafes con una cifra entre paréntesis figuraron en la encuesta como se detalla a continuación: 1: Trastornos de la regla. 2: Tener muchos hijos. 3: Mamas grandes. 4: Dolor con la regla. 5: DIU (espiral). 6: Relaciones sexuales tempranas.

MATERIAL Y METODOS

Se sometió a encuesta anónima a 399 mujeres residentes en Alcalá de Henares (Madrid) entre enero y junio de 1990. Las encuestas se efectuaron inmediatamente antes del comienzo de unas charlas de divulgación referentes a la patología mamaria organizadas por el mencionado Ayuntamiento. Se formularon 52 preguntas, de las cuales se exponen en el presente trabajo las respuestas relativas al conocimiento objetivo respecto al cáncer de mama, mientras que otras ya han sido publicadas.¹

La edad media de las mujeres encuestadas fue de $41,34 \pm 7,90$ (SD), siendo el rango de 19 a 66. El 91% estaban casadas, el 4,5% viudas, el 2,8% solteras y el 1,2% separadas-divorciadas. La gran mayoría de las encuestadas tenían únicamente estudios primarios (81%). El 91% se dedicaban a las labores domésticas, mientras que el 7% tenían otras ocupaciones. El número medio de hijos fue de $2,43 \pm 1,03$ (DS), siendo el rango 0-7. El número medio de veces

que habían consultado al ginecólogo en los últimos 5 años fue de $4,36 \pm 3,6$ (SD), con un rango de 0 a 25. El 70,7% de las encuestadas no refirió haber tenido nunca «problemas mamarios». Un 16% había tenido alguna patología benigna, mientras que el 1,5% refirió como antecedente patológico el cáncer de mama.

Como población de referencia se consideró el universo constituido por la población femenina de la ciudad de Alcalá de Henares, según datos obtenidos del Censo Nacional de 1986,² con 144.268 habitantes, de los cuales 71.850 eran mujeres. A efectos de la mayor parte de los cálculos se contabilizaron únicamente las mujeres mayores de 30 años.

Comparando la población encuestada con el padrón de referencia (limitado a las mujeres mayores de 30 años), no se observaron diferencias apreciables en cuanto a la edad, estado civil, nivel de estudios ni ocupación laboral, como ya se ha descrito previamente.¹

RESULTADOS

Frecuencia del cáncer de mama

Se interrogó a nuestra población por la frecuencia del cáncer de mama con la pregunta: ¿con qué frecuencia se da el cáncer de mama? En 1 mujer de cada mujeres.

Las respuestas obtenidas oscilaron entre un rango de 5 a 1.000, siendo la media de $116,48 \pm 233,54$.

Percepción de los factores de riesgo de cáncer mamario

Se preguntó a las mujeres si los parámetros enunciados en la tabla I «favorecían» o «no tenían nada que ver con el cáncer de mama». Tanto el tabaco como la herencia fueron incriminados en una elevada proporción de los casos en la génesis del cáncer mamario (44 y 44%). Los anticonceptivos, las drogas, el alcohol y la contaminación fueron responsabilizados de favorecer el cáncer de mama por entre el 20 y 30% de las mujeres. Según el 10-20% de las encuestadas, estrés, sobrepeso y alteraciones menstruales favorecerían el cáncer de mama. La menopausia adelantada, en opinión de sólo el 6% de las encuestadas, favorecería el cáncer mamario, mientras que el

TABLA II
NUMERO DE AUTOEXPLORACIONES MAMARIAS AL AÑO

	N	%
0	22	20,18
1-3	44	40,37
4-6	7	6,42
7-10	7	6,42
11-15	27	24,77
16-20	0	0
21-25	0	0
Más de 26	2	1,83
Total	109	
No consta	288	

20% estimaba que no tenían ninguna influencia. Algo semejante sucedió con la multiparidad (5% favorece y 22% indiferente) y la menarquía adelantada (3 y 22%).

Merece destacarse que en la mayor parte de los epígrafes analizados hubo proporciones superiores al 60% de «no contesta».

Evitación de la aparición del cáncer de mama

El 21,30% de las encuestadas (85) creía que se podía «evitar la aparición del cáncer de mama», mientras que el 26,56% (106) estimó que ello no era posible y un 34,84% (139) no tenían una opinión definida. El 17,29% (69) no respondió a esta pregunta.

Conocimiento de la autoexploración mamaria

El 69,67% (278) de las encuestadas había oído hablar de la autoexploración mamaria, frente a un 20,55% (82) que no la conocía y un 9,77% (39) que no contestó.

Frecuencia de la práctica de autoexploración mamaria

Se preguntó a las mujeres cuántas veces practicaban la autoexploración mamaria a lo largo de un año. La frecuencia media fue de $5,36 \pm 7,81$ (SD), siendo el rango de 0 a 50. La distribución por frecuencias se ilustra en la tabla II.

TABLA III
MOMENTO DE LA AUTOEXPLORACION MAMARIA

	N	%
Irregular	66	16,62
Premenstrualmente	17	4,28
Intramenstrualmente	1	0,25
Postmenstrualmente	97	24,43
Mesocíclicamente	9	2,27
No la practica	78	19,64
No contesta	129	32,49

Momento de la autoexploración mamaria

Se investigó acerca del momento en que se realizaba la autoexploración mamaria. El 24% la efectuaba después de la menstruación, frente a un 17% que lo hacía de modo irregular (tabla III).

Conocimiento de la clínica mamaria

Mastodinia (tabla IV)

Se interrogó a las mujeres respecto al significado del dolor mamario. El 12% estimó que era un signo improbable de cáncer, mientras que el 21% lo consideró un signo probable. Un 22% opinó que «nunca se asociaba a cáncer» y sólo un 4% que era un signo seguro de cáncer. El 41% de las encuestadas no respondió a esta pregunta.

Nódulo mamario

Se preguntó a las encuestadas por el significado de los nódulos mamarios persistentes (tabla V). El 33% señaló que era un síntoma posible de cáncer, un 25%

TABLA IV
EL DOLOR MAMARIO

	N	%
Es un síntoma seguro de cáncer	15	3,77
Es un síntoma probable de cáncer	84	21,11
Es un síntoma improbable de cáncer	48	12,06
Nunca se asocia a cáncer	88	22,11
No contesta	163	40,96

TABLA V

SIGNIFICADO DEL NODULO MAMARIO PERSISTENTE

	N	%
Es un síntoma seguro de cáncer	15	3,77
Es un síntoma probable de cáncer	98	24,56
Es un síntoma posible de cáncer	130	32,56
Nunca se asocia a cáncer	34	8,52
No consta	122	30,58

probable y un 4% seguro. Un 8,5% manifestó que nunca se asociaba a cáncer.

Cuando se las interrogó acerca de los nódulos mamarios cambiantes a través de la pregunta «los bultos del pecho que cambian de tamaño durante el ciclo, suelen ser...», el 50% contestó que «depende» (tabla VI). Un 19,5% eligió la opción «benignos» y un 1% la de «malignos». El 29,5% de las encuestadas no respondió a esta pregunta.

DISCUSION

Los programas de salud que precisan de una activa participación del individuo requieren que éste posea un adecuado conocimiento del problema de salud en cuestión y respecto a lo que se espera de él. Si estas 2 premisas no se cumplen no se conseguirán los objetivos deseados. En el campo de la patología mamaria es preciso contar con una información mínima que genere la motivación suficiente para participar en los programas de «screening». Por otra parte, el conocimiento de unas nociones básicas sobre la clínica mamaria podría hacer que las mujeres consultaran más tempranamente cuando ello fuera preciso, a la vez que redujeran su ansiedad frente a los síntomas mamarios aparentemente banales, aunque este último punto es discutible.³ Como consecuencia de todo ello habría que esperar un diagnóstico más temprano del cáncer de mama, que se habría de traducir en un incremento en la supervivencia, en una reducción en la morbilidad y en la posibilidad de tratamientos menos agresivos. Además las que desarrollaran cáncer de mama podrían valorar adecuadamente su problema y los diferentes tratamientos posibles.

Sin embargo, existe la impresión de que en el campo del cáncer de mama la información con que cuen-

TABLA VI

SIGNIFICADO DE LOS NODULOS MAMARIOS CAMBIANTES

	N	%
Benignos	78	19,55
Malignos	5	1,25
«Depende»	198	49,62
No contesta	118	29,58

ta la población es deficiente. No obstante, en la última década han mejorado los conocimientos respecto al cáncer de mama entre las mujeres, en especial entre las jóvenes y con niveles de estudios superiores.⁴ En España recientemente se ha puesto de manifiesto el bajo nivel de información sanitaria de la población.⁵ En nuestra investigación nos hemos planteado el análisis de diversos aspectos relacionados con el cáncer de mama en nuestro ámbito geográfico como primer paso de un programa de educación de la población en patología mamaria actualmente en desarrollo. Posiblemente los resultados obtenidos en los escasos trabajos realizados en otros lugares no sean extrapolables a nuestro medio, en base a las diferencias sociales y educacionales fundamentalmente.

Berná et al. en Murcia han señalado recientemente que el 54% de las mujeres no desearían participar en eventuales programas de diagnóstico precoz,⁶ hecho que sugiere que gran parte de la población ignora las ventajas de un diagnóstico temprano del cáncer de mama. Por ello no es de extrañar que en España con frecuencia los cánceres de mama se traten en estadios más avanzados que en otros países (15-20% de tumores T1 frente al 60-70% en otros centros extranjeros).⁷

Nuestra población subestimó de una manera muy importante la frecuencia real del cáncer de mama. En efecto, se opinó que afectada a 1 de cada 116 mujeres por término medio, frente a la relación 1 cada 11-13 que se acepta universalmente. Un aspecto bastante alentador objetivado en nuestra encuesta es que el 70% de las mujeres habían oído hablar de la autoexploración mamaria. En consonancia con ello el 41% refiere practicarla, cifra algo superior al 32,5% reseñado en Murcia.⁸ Corresponde a una cifra media respecto a la literatura occidental en la cual el citado porcentaje oscila entre el 12 y el 70%.^{9,10} En nuestro país Fernández-Cid et al. señalaban que el 83% no

sabía autoexplorarse,¹¹ mientras que Zornoza et al. referían que sólo el 12-15% efectuaba la autoexploración de forma aceptable.⁵ En nuestra serie un 32% no contesta y un 20% relata que no la practica. Sin embargo, entre las que la practican sólo la mitad lo hacen en el momento óptimo, postmenstrualmente. Es decir, que aún en las que conocen la autoexploración mamaria se debe insistir en su técnica, como ha sido recientemente recalorado.¹² Por otra parte, si se hubiera efectuado una valoración técnica del modo de llevarla a cabo, posiblemente el porcentaje de las mujeres que la realizaban correctamente disminuiría drásticamente. Se ha llegado a referir que sólo el 4,4% de las mujeres efectúan adecuadamente la autoexploración mamaria.⁸

La frecuencia media de práctica de la autoexploración mamaria, entre las que la llevaban a cabo, fue de 5 veces al año. Se trata de una media aceptable, pero con un rango demasiado grande (1-50), cuyo extremo inferior es claramente insuficiente y cuyo extremo superior presumiblemente traduzca una exagerada ansiedad frente al problema.

En cuanto al análisis de los posibles factores de riesgo, debe resaltarse el importante grado de desinformación reflejado por la falta de respuesta en, al menos el 60% de las encuestadas, en casi todos los presuntos factores de riesgos considerados. Llama la atención que las mujeres incriminen en la génesis del cáncer de mama a numerosos factores carentes de relación con él, la mayoría de los cuales inciden en realidad sólo en otros problemas de salud y cuya ausencia vendría a corresponder a una vida «más natural y ecológica». Así, nuestras encuestadas referían que tanto el tabaco como las drogas, el alcohol, la contaminación y el estrés favorecerían el cáncer de mama, mientras que la bibliografía carece de pruebas concluyentes al respecto. También se responsabilizó a los anticonceptivos como factores de riesgo del cáncer mamario, aspecto éste sobre el cual, si bien no existe consenso unánime, aún no se ha demostrado una relación directa clara. Únicamente respecto a la herencia existió una buena tasa de correspondencia con la realidad. En este sentido el 44% de las encuestadas la señalaron como factor de riesgo, de acuerdo con lo unánimemente descrito en la bibliografía. En el resto de los parámetros analizados la proporción de mujeres que estimó que «no tenían nada que ver» con el cáncer de mama era superior a la de las que pensaban que lo favorecían. Ello fue muy

evidente con determinadas respuestas sugeridas no relacionadas con esta patología, tales como el parto por cesárea, la temprana edad de comienzo de relaciones sexuales, el empleo de DIU o la existencia de dismenorrea. Sin embargo, determinados factores de riesgo auténticos no fueron identificados. Así la menarquía «adelantada» fue señalada como favorecedora del cáncer de mama sólo en el 3% de los casos y la menopausia «adelantada» en el 6%. Por otra parte, la menopausia retrasada, un teórico factor protector fue señalada como factor de riesgo en la misma proporción que la menopausia adelantada. La obesidad, que constituye un factor de riesgo real para el cáncer de mama, tan sólo fue señalada como tal por el 13% de las encuestadas, mientras que el 18% estimaban que «no tenía nada que ver». Recordemos, por otra parte, como dificultad adicional que en otros estudios se ha visto que la percepción del riesgo de cáncer de mama no conlleva una mayor práctica de autoexploración.¹³

Por otra parte, el 21% de las encuestadas opinaba que era posible evitar la aparición del cáncer de mama frente a un 27% que pensaba que no era posible.

En cuanto a la interpretación que hacen las mujeres de las diversas manifestaciones de la semiología mamaria, nuevamente encontramos elevados porcentajes de encuestadas que no contestan (30 a 41%). Entre las que responden tampoco existe una buena aproximación a la realidad en cuanto al dolor mamario. Así la mastodinia fue considerada como signo improbable de cáncer por sólo el 12%, mientras que un 4% la identificó con un signo seguro de cáncer. El 21% la consideró un signo probable y otro 21% estimó que «nunca se asociaba a cáncer». En cambio hubo un mejor conocimiento de los nódulos mamarios persistentes. El 33% señaló que era un síntoma posible de cáncer, el 25% probable y el 4% seguro, mientras que el 8,5% manifestó que nunca se asociaba a cáncer. En cuanto a los nódulos cambiantes sólo el 1% refirió que fueran malignos, frente a un 20% que señaló su benignidad, mientras que el 49% contestó que «depende».

Todos estos datos corroboran los resultados de un trabajo previo de nuestro grupo en la misma población,¹ en el que se evidenció un elevado grado de desinformación respecto al cáncer mamario (10% de información nula, el 24% muy escasa y el 32% escasa), con tan sólo un 22% que refiriera tener una idea correcta sobre el cáncer de mama. Además existió

una importante proporción de mujeres con cancerofobia mamaria (35%). Estimamos que en un porcentaje considerable de casos una información correctamente planteada podría reducir sensiblemente esta cancerofobia.

Las notables deficiencias detectadas hacen preciso que se promueva la difusión de los conocimientos respecto al cáncer de mama. De ello se derivaría un incremento en la cultura «senológica» de la población, lo cual presumiblemente redundaría en un diagnóstico más temprano del cáncer mamario y en un uso más racional de los recursos existentes. En este sentido se ha reseñado que el mayor conocimiento respecto al «secreening» del cáncer mamario se asocia con un mayor uso de mamografías y de las consultas para recibir exploración médica.¹⁴ Presumiblemente serviría también para que las mujeres que posteriormente desarrollaran un cáncer de mama pudieran ponderar el problema en su justa dimensión.

RESUMEN

Se analiza el conocimiento objetivo frente al cáncer de mama en una población de 399 mujeres. La frecuencia de cáncer mamario fue muy subestimada (1 de cada 117 mujeres). Las encuestadas consideraron que los principales factores de riesgo eran el tabaco y la herencia, seguidos por los anticonceptivos, las drogas, el alcohol y la contaminación. El 70% había oído hablar de la autoexploración mamaria, pero sólo el 24% la practicaba postmenstrualmente. El 21% consideró la mastodinia como un signo probable de cáncer. Los nódulos mamarios persistentes en opinión del 33% serían un síntoma posible de cáncer, mientras que el 50% opinó que la naturaleza de los nódulos mamarios «depende». Se concluye que existe una notable desinformación en nuestra población que

es preciso subsanar si se quiere conseguir un diagnóstico y un tratamiento más tempranos del cáncer de mama.

REFERENCIAS

1. Matorras R, Tacuri C et al. Actitudes e ideas de la mujer frente al cáncer de mama. Resultados de una encuesta. Remitido para publicación.
2. Censo Nacional Español. Instituto Nacional de Estadística. Madrid, 1986.
3. Maguire, P. Psychological reactions to breast cancer and its treatment. En: Bonadonna G. Breast cancer: Diagnosis and management. John Wiley and Sons, Chichester, 1984; 303-318.
4. Darrow SL, Schoenfeld ER, Cummings KM, Wilkes E, Madoff S. Women's knowledge and benefits about breast cancer risk factors, symptoms, detection methods, and treatments. J Cancer Educ 1987; 2: 165-167.
5. Zornova G, Vicente F, Benito C, Ahenice A, Albiach M. Detección precoz del cáncer de mama en una población seleccionada como de alto riesgo. Rev Senol Patol Mam 1989; 2: 63-69.
6. Berná JD, Campos M, Martínez R, Gómez S. Encuesta sobre el cáncer de mama en la región de Murcia. Rev Senol Patol Mam 1990; 3: 183-186.
7. Prats M. Directrices para la puesta en marcha y desarrollo de las campañas de detección precoz del cáncer de mama en España. Rev Senol Patol Mam 1990; 3: 110-113.
8. Berná JD, Campos M, Martínez R, Gómez S. Práctica y enseñanza del autoexamen mamario. Rev Senol Patol Mam 1990; 3: 244-247.
9. Baines CJ. Breast self-examination: The doctor's role. Hospital Pract 1984; 19: 120-127.
10. Hislop TG, Goldman A, Skipper D. Breast self-examination: Importance of technique in early diagnosis. Can Med Assoc J 1984; 131: 1374-1352.
11. Fernández-Cid A, Torralba J, López-Marín L. Patología mamaria. Clin Ginecol. Salvat ed., Barcelona, 10/2, 1986.
12. Abramson DJ. Breast self-examination: A new training method. South Med J 1990; 83: 1005-1008.
13. Olson RL, Mitchell ES. Self-confidence as a critical factor in breast self-examination. Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1989; 18: 476-481.
14. McCance KL, Mooney KH, Smith KR, Field R. Validity and reliability of a breast cancer knowledge test. Am J Prev Med 1990; 6: 93-98.