

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTOS SOBRE
MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CÁNCER MAMARIO
COMUNIDAD BOLIVAR BAJO-CHIMBOTE, 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTOR (A):

ZAYDA MAYBEL CASTRO COTRINA

ASESOR (A):

MG. OBST. NELLY SOLIS VILLANUEVA

CHIMBOTE - PERÚ

2015

**FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTOS SOBRE
MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CÁNCER MAMARIO
COMUNIDAD BOLIVAR BAJO-CHIMBOTE, 2013**

JURADO EVALUADOR

**Mg. Obst. MARIA LUCIA VILLANUEVA VASQUEZ
PRESIDENTA**

**Mg. Obst. CARMEN ROSA AGUIRRE ESPINOZA
SECRETARIA**

**Mg. Obst. MELVA LOYOLA RODRÍGUEZ
MIEMBRO**

**Mg. Obst. NELLY SOLÍS VILLANUEVA
ASESORA**

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida y por haber sido mi guía.

A mis padres, Quienes siempre estará conmigo en todas y cada una de las cosas que haga. Esta tesis lo confirma

En agradecimiento al Pueblo Joven Bolívar Bajo del distrito de Chimbote: por habernos permitido llevar a cabo este proyecto de investigación en esta área de acción y por su tiempo brindado durante la elaboración de esta Tesis por haber formado parte en nuestra formación profesional.

Con mucho cariño a mi docente Mg Obst. Nelly Solís Villanueva por su enorme comprensión y paciencia, por compartir sus conocimientos y por su impagable trabajo y esfuerzo en este proyecto.

RESUMEN

EL estudio factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil responde a los altos índices de cáncer de mama, y actualmente está considerado como la neoplasia más frecuente en la mujer, siendo en muchos países causa de muerte en las mujeres mayores de cuarenta años. Para tal efecto se planteó como objetivo general: *Determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo del distrito de Chimbote, periodo abril a julio del 2013.* Se aplicó el método, teniendo en cuenta un estudio de tipo descriptivo y nivel cuantitativo, diseño simple, de una sola casilla y de cohorte trasversal. Para el recojo de la información se utilizó el muestreo no probabilístico por cuotas; La muestra estuvo conformada por mujeres entre los 19 y 49 años que cumplan con los criterios de inclusión, a cuales se le aplico un cuestionario de 7 preguntas cerradas, aplicando la técnica de la encuesta. Obteniendo los resultados siguientes: El 27% de mujeres en edad fértil se ubican en el grupo etario considerado como un factor de riesgo (40 – 49 años), el 39% de mujeres en edad fértil presenta factor de riesgo modificables y el 32% factor no modificable, el 29% tiene un conocimiento global sobre el cáncer de mama, sin embargo el 62% desconoce las medidas preventivas de este cáncer. Finalmente se concluye, que el estudio permitió identificar la presencia de factores de riesgo que aún no fueron de conocimiento en las mujeres en edad fértil sometidas al estudio, así mismo la mayoría de las mujeres del pueblo joven Bolívar Bajo desconocen las medidas preventivas para cáncer de mama.

Palabra clave: Factores de riesgo, conocimientos y medidas preventivas.

ABSTRACT

The risk factors and knowledge of preventive measures for breast cancer in women of childbearing age responds to high rates of breast cancer study, and is currently considered as the most common malignancy in women, and in many countries killer in women over forty. To this end it was proposed general objective: To determine the risk factors and preventive measures knowledge of breast cancer in women of childbearing age Young People under Bolivar district of Chimbote, period April, July, 2013. The method was applied, considering a study of descriptive and quantitative, simple design, single box and transversal cohort. To gather information on non-probability quota sampling was used; The sample consisted of women between 15 and 49 who meet the inclusion criteria, to which was applied a questionnaire 7 closed questions, using the survey technique. With the following results: 27% of women of childbearing age are located in the age group considered a risk factor (40-49 years), 39% of women of childbearing age is modifiable risk factor and 32% factor coded, 29% have comprehensive knowledge about breast cancer, but 62% do not know the preventive measures of this cancer. Finally we conclude, the study identified the presence of risk factors that still were not of knowledge in women of childbearing potential under study, also the most women of young people Bolívar Under unaware of preventive measures for breast cancer.

Keywords: Risk factors, knowledge and preventive measures.

CONTENIDO

Título de la tesis	i
Hoja de firma del jurado y asesor	ii
Hoja de agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Contenido	vi
Índice de gráficos, tablas y cuadros	vii
I. Introducción	1
II. Revisión de Literatura	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Bases teóricas	15
2.2.1. Generalidades sobre cáncer de mama	20
2.2.2. Definición de factores de riesgo	32
2.2.3. Factores de riesgo no modificable	34
2.2.4. Factores de riesgo de modificación	45
2.2.5. Conocimientos de medidas preventivas	49
2.3. Definición operacional de las variables en estudio	18
III. Metodología	31
3.1 Tipo y nivel de l investigación	31
3.2 Diseño de la investigación	32
3.3 Población y muestra	32
3.4 Técnicas e instrumentos	32
3.5 Plan de análisis	33
IV. Resultados	42
4.1 Resultados	42
4.2 Análisis de resultados	42
V. Conclusiones	55
Referencias Bibliográficas	53
Anexos	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Factores de riesgo no modificables que favorecen el cáncer de mama en mujeres de edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo - distrito Chimbote, durante el año 2013	Pag. 43
Tabla 02	Factores de riesgo modificables que favorecen el cáncer de mama en mujeres de edad fértil del pueblo joven Bolívar Bajo - distrito Chimbote, durante el año 2013	Pag. 45
Tabla 03	Conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de mama según dimensiones en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo distrito Chimbote, durante el año 2013	Pag. 48

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama ocupa el primer lugar entre los cinco tipos de cánceres más comunes que causan la muerte a mujeres en el mundo. OMS estima que si no se toman medidas preventivas, más de 84 millones de mujeres habrán muerto de cáncer de mama en todo el mundo para el año 2015.⁽¹⁾

El cáncer de seno constituye actualmente uno de los principales problemas en salud pública a nivel mundial, teniendo en cuenta que es la neoplasia maligna más diagnosticada y la mayor causa de mortalidad por cáncer en el sexo femenino. Según estudios, su incidencia se ha extendido considerablemente en los últimos 10 años; lo que define un aumento aproximado al 82% con respecto a lo estimado.

Asimismo la estadística indica el aumento de la incidencia global del cáncer de mama en nuestra población; entonces para reducir estos índices es necesaria la detección temprana de los tumores y la identificación de los factores de riesgo predisponentes.⁽²⁾

Un "factor de riesgo" es todo aquello que aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Muchos de estos factores de riesgo son no modificables, por ejemplo el sexo, la edad, los antecedentes familiares y personales. No obstante, existen algunos factores modificables como el peso, la actividad física y el consumo de alcohol.

Chimbote como ciudad de alta migración tienen perfil epidemiológico de cáncer mamario que no dista mucho de otras zonas costeras, esta localidad norteña cuenta con 215.817 habitantes, de las cuales 108.205 son mujeres en edad fértil. Tiene un aproximado de 32 pueblos jóvenes (PPJJ), siendo uno de ellos el PPJJ BOLÍVAR BAJO cuenta con una población estimada de 9500, mujeres en edad fértil son 2986 de las edades de 19 a 49 años.

Este dramático panorama mejoraría si se educa a las mujeres en edad fértil bajo una amplia perspectiva y metodología que integre su educación teórica en materia del cáncer mamario así mismo como la educación en valores y estilos de vida, partiendo y considerando en todo momento las principales áreas de interés.

Es por ello que esta situación ha despertado el interés de profundizar la siguiente

interrogante: ¿Cuáles son los Factores de riesgo y que conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer mamas tienen las mujeres en edad fértil, del Pueblo Joven Bolívar Bajo, del distrito de Chimbote durante el periodo Abril –Julio del año 2013? Para dar respuesta al problema, se planteó como objetivo general: Determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre las medidas preventivas del cáncer de mama en las mujeres en edad fértil del ámbito en estudio. Así mismo se Identificó los factores no modificables y modificables de cáncer de mama del colectivo en estudio; el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mamas en estas mujeres.

El presente estudio de investigación se justifica debido a que el cáncer de mama es una de las causas más importante de muerte en la mujer a nivel mundial y en nuestro medio no es la excepción. Mediante esta investigación se busca determinar y evaluar probables factores de riesgo del cáncer de mamario y conocimientos sobre medidas preventivas. Este estudio contribuirá a tener evidencia de cuanto conocen las mujeres y que factores de riesgo predominan en la comunidad de Chimbote para que así sirva para estudio posteriores.

La metodología utilizada, es de una investigación de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, diseño de una sola casilla de cohorte transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por la totalidad de 100 mujeres en edad fértil de 19 a 49 años residentes en el momento de la investigación que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se pretende con esta investigación es hacer conocer las vulnerabilidades y factores de riesgo y proponer intervenciones de abordaje a los que se programen estrategias educativas sobre prevención del cancer de mama.

La investigación está organizada en **5** capítulos, el capítulo I, se presenta la introducción dejando centrado la caracterización del problema, planteamiento y formulación de objetivos, así mismo se sustenta la justificación del estudio y los reactivos que conllevaron a dicha investigación

El capítulo II, muestra el resumen de la revisión literaria incluyendo los principales estudios previos realizados a nivel nacional e internacional seguido de las bases

teóricas que sustentan las diferentes teorías de las variables factores de riesgo y conocimientos del cancer de mama en mujeres en edad fértil. También se hace referencia el marco conceptual a partir de la matriz de operacionalización de las variables. El capítulo III redacta la metodología aplicada enfatizando el procedimiento seguido durante el trabajo de campo a fin de facilitar las posibles réplicas de estudio. El capítulo IV presentamos los resultados y análisis del estudio, el mismo que está organizado en tablas y gráficos que responden a los objetivos planteados. Finalmente el capítulo V deja plasmado a través de las conclusiones los logros de la investigación, también se desarrolla las referencias bibliográficas y los anexos respectivamente.

Concluyendo que el presente estudio servirá como aporte para las futuras intervenciones que se realicen encontrados que el factor de riesgo y los conocimientos tienen brechas importantes. Esta investigación permitirá tener un marco referencial sobre medidas preventivo - promocional que constituyen a disminuir factores de riesgo de cáncer de mama, así como contribuir al auto cuidado físico y emocional de la personal a través de sus propias decisiones que les permitirá seguir con una perspectiva renovadora, fortalecer y mantener los conocimientos y hábitos positivo en aquellas mujeres con buenas prácticas saludables.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes.

A. Internacional.

Shigyo, Del Alcázar, Portugal. En su investigación Factores asociados con el cáncer de mama, Obteniendo como resultados que los factores asociados agrupados en antecedentes ginecobstétricos, patológicos, personales y familiares; encontrando un 30,84% de pacientes con menarquía temprana, un 22,10% de nulípara, el 73,68% tuvo su primer embarazo a término después de los 20 años, el 80,85% no dio lactancia materna, el 12,6% presentó algún antecedente familiar de cáncer mamario, mientras que en 230 casos no hubo ningún tipo de antecedente personal ni familiar. Se concluyo que las personas que participaron no saben que

tienen un factor de riesgo⁽⁴⁾

Menéndez E y colaboradores (2011). En Cuba Investigaron “*Acciones instructivas en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama*” Cuyos aportes fueron: Quien Los Estados Unidos, casi 15 millones de mujeres cada año solicitan atención médica a causa del tumor de mama y se diagnostican alrededor 190 000 casos nuevos anualmente. Por cada paciente diagnosticada con la enfermedad, otras 5 a 10 presentan biopsias compatibles con lesiones benignas. En Cuba el cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer, el comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama en los últimos 30 años es alarmante, se puede apreciar el estrago de la enfermedad en ese tiempo, se diagnostican diariamente 6 casos de cáncer de mama en mujeres, de ellas 3 mueren, como promedio. En el año el diagnóstico es alrededor de 1 600 casos nuevos, lamentablemente buena parte de ellos en estadios avanzados.⁽⁵⁾

Dra. Gómez, Padilla y col. En la investigación Grado de Conocimientos de Mujeres Profesionistas Sobre el Cáncer de Mama. Monterrey- México 2004. Planteó como objetivo Conocer el grado de conocimientos de las mujeres profesionistas sobre el cáncer de mama. Mediante un Estudio transversal, prospectivo, descriptivo; se aplicó una encuesta a 250 mujeres mayores de 18 años, ambulatorias de instituciones del sector salud: Hospital Universitario, Facultad de Odontología, otras instituciones y consultorios particulares. Se trabajó con porcentajes de conocimientos y los percentiles del puntaje. Se obtuvieron las siguientes conclusiones: Existe congruencia entre las mujeres que dicen que saben y el rango de aciertos ($p=0.0001$). Hay congruencia entre las que dicen que saben y la calificación obtenida ($p=0.001$). De los profesionales los médicos son quienes tienen más conocimientos ($p=0.0001$). Los internistas, generales y médicos familiares tienen más conocimientos ($p=0.0001$). Las personas que se realizan la autoexploración de los senos tienen más conocimientos. Las mujeres que saben cómo realizarse la autoexploración de los senos tiene mayor número de aciertos ($p=0.0001$). No existió correlación entre conocimientos ni estudios de postgrado, edad, lugar de entrevista, práctica médica ni el haber tenido un familiar con este problema.⁽¹⁰⁾

Irarrázaval E et al, (2013) en Chile, Investigaron “*Calidad de vida en cáncer de mama*” Cuyos aportes fueron: Que El Cáncer de Mama es el cáncer de mayor prevalencia en 145 países del mundo y constituye la primera causa de muerte por enfermedad oncológica en la mujer. Según las estadísticas mundiales de 2008, anualmente se diagnostican 1,1 millones de casos ⁽⁶⁾.

B. Nacional.

INEN (2013) en Lima.-Perú. Se realizó un estudio de Investigación sobre “*El Análisis de la situación del cáncer en el Perú*” Cuyos aportes son: Los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%) ⁽⁷⁾.

Salazar M y colaboradores, en Lima-Perú Investigaron: “*El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú*” Cuyos aportes fueron: El mayor porcentaje de los diagnósticos de cáncer se realiza cuando la enfermedad se encuentra en etapa avanzada, alcanzando el 75% de los casos diagnosticados. Este hecho conlleva a una menor probabilidad de curación, menor calidad de vida, un costo de tratamiento mayor y una elevada mortalidad. También mencionan que la pobreza es un factor que se relaciona con esta detección tardía del cáncer, debido a las dificultades de acceso a los servicios de salud, a una escasa cultura de prevención, a la fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, al bajo nivel de educación, entre otros. ⁽⁸⁾

Gutiérrez A, (2012), en Lima-Perú, Investigó: “*Costo utilidad de intervenciones preventivas para cáncer de mama en el Perú*” Cuyos aportes fueron: Que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte. Se estima que cada año se presentan alrededor de 4 300 nuevos casos (tasa de incidencia acumulada 34 x 100 000 mujeres) y 1 365 muertes (tasa de mortalidad 10,8 x 100 000 mujeres). El cáncer de mama representa 30 862 años de vida saludables perdidos, generando una pérdida aproximada de 90 millones de dólares ⁽⁹⁾

Nos damos cuenta que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte que implica en la promoción y prevención del cáncer de mama mejorando así la calidad de vida y disminución de muerte por cáncer de mama.

Villacrés, Alarcón. En su Estudio Actitudes Preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana. Piura - Perú. Con el objetivo de Conocer las

conductas preventivas para el cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en la Ciudad de Sullana mediante técnicas de auto examen de mama y mamografías. Encuestaron a 100 mujeres en Sullana mediante tres grupos socioeconómicos a través de una encuesta y los resultados fueron: La mediana de la edad fue de 30-34 años, 58% tiene entre 2-5 hijos, 6% son nulípara, el 16% de mujeres mayores de 40 años alguna vez tuvo una mamografía y solo el 7% de estas mujeres se realizan una mamografía anual. El 57% nunca se realizó un auto examen de mama, sin embargo el 56% refiere conocer la utilidad del auto examen de mama, 43% conocen la técnica pero solo un 8% lo practican correctamente. Llegaron a la conclusión que más de la mitad de la población encuestada nunca se realizó un auto examen de mama, y del 56% de mujeres que afirman conocer la utilidad de este examen solo el 8% lo realiza correctamente, lo que nos indica una desinformación para detección temprana de cáncer de mama, además solo un 7% se realiza una mamografía anual probablemente por desconocimiento de la utilidad, por el costo o porque en Sullana no hay mamógrafo a pesar de tener 56500 mujeres en edad fértil, creemos que urgen campañas de información sobre el tema además de ofertar mamografías a esta población.⁽¹⁰⁾

2.2. Bases teóricas.

2. 2. 1. Generalidades sobre cáncer de mama

a. Definición

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metástasis a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes.

En el caso del cáncer de mama lo más habitual es que la mujer de edad comprendida entre los 40 y los 55 años descubra por sí misma un bulto mamario, no doloroso, de un tamaño que nos referirá como el de una aceituna, nuez, etc, de consistencia firme, de bordes imprecisos, y que en ocasiones retrae la piel ó el pezón. Pasados seis meses, el nódulo ha duplicado su tamaño y frecuentemente

está ya adherido a la piel. Transcurrido un año, puede aparecer un ganglio linfático axilar, grande, duro, a veces doloroso, que dificulta el movimiento del brazo. Al mismo tiempo, el nódulo primitivo habrá condicionado un edema de la piel adyacente (piel de naranja) y estará adherido en profundidad a la pared torácica. Al cabo de varios meses, la mama se ulcera, se forma un mazacote adenopático axilar y frecuentemente aparecen signos demostrativos de metástasis a distancia, como tos y disnea por afectación broncopulmonar o bien dolores óseos, de preferencia en la columna vertebral. Quizás la mayor preocupación para las mujeres sea su temor de desarrollo de un cáncer de la mama, que es el cáncer más común en las mujeres, siendo la principal causa de muerte entre mujeres entre 40 y 44 años, observándose actualmente una tendencia hacia grupos etáreos cada vez más joven.

b. Epidemiología

En Europa y EE.UU. se diagnostica más de 200.000 casos cada año, de los cuales 40.000 fallecen. En América Latina y el Caribe, en los últimos 15 años, mientras los servicios de salud enfocaban sus esfuerzos en la epidemia del cáncer cervicouterino en los programas de salud dirigidos a la población femenina, la prevalencia del cáncer de mama aumentaba sin que su presencia se considerara una prioridad a combatir por parte de las instituciones públicas . Pero la tasa de mortalidad por cáncer de mama superó a la del cáncer cervicouterino.

- Del total de casos del mundo, el 31% se encuentran en los países en desarrollo. Es la principal causa de mortalidad en mujeres entre los 35 y 64 años, las tasas de incidencia han aumentado anualmente en un 5%. Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, en varones es menos de 1 % de los casos totales, representa el 32 % del total de los canceres en las mujeres, el riesgo de padecer cáncer de mama es de 8 - 12 % y el de morir es de 3.6 - 4% .⁽¹¹⁾
- Manifestaciones clínicas Síntomas más comunes de manifestación:
- Masa o nódulo en la mama o axila.
- Secreción espontanea del pezón
- Retracción o inversión del pezón

- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama.

DETERMINANTES DE LA SALUD

Los factores determinantes que se abordan desde la promoción de la salud son:

Ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo, condiciones de trabajo, entorno físico, características biológicas y dotación genética, hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación, desarrollo del niño sano, servicios de salud. Estos factores determinantes pueden agruparse en cinco categorías que forman un marco conceptual que se deberá tener en cuenta para la definición de políticas saludables ⁽¹²⁾.

- Ambiente socioeconómico: El ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo.
- Entorno físico: Las condiciones de lugar de trabajo, la vivienda y el entorno general natural y construido por el ser humano.
- Hábitos personales de salud: Comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
- Capacidad individual y aptitudes de adaptación: Características psicológicas de las personas tales como competencia personal, aptitudes de adaptación y sentido de dominio y control, al igual que las características genéticas y biológicas.
- Servicios de salud: Servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

c. Niveles de prevención

Las acciones de los servicios de salud y por ende el actuar de los profesionales tiene como objetivo disminuir el sufrimiento humano manteniendo la salud de los individuos. Para ello debe priorizar las actividades que apunten a la prevención como tarea central. ⁽¹²⁾

Según Leavell y Clark existen tres niveles de prevención. ⁽¹³⁾

- **Prevención Primaria:** Comprende la promoción y fomento de la salud y la protección específica. Su acción está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente aquellos factores que pueden deteriorar la salud y producir la enfermedad.
 - En este nivel se enmarcan las siguientes acciones:
 - Mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de la población.
 - Promoción de campañas de salud.
 - Divulgación de prácticas de autocuidado.
 - Educación acerca de factores de riesgo, su vigilancia y control.
 - Mejoramiento del ambiente como la adecuada conservación del agua, adecuada disposición de los desechos, etc.
 - La protección específica con la aplicación de vacunas.

- **Prevención Secundaria:** Comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño. Busca resolver los problemas de salud en las fases iniciales, evitando. Complicaciones y deterioro de la calidad de vida. En este nivel se enmarcan las siguientes acciones
 - Búsqueda y captación de usuarios para la vigilancia y control de riesgos específicos (prenatales, mujeres en edad fértil, etc.)
 - Consulta médica precoz.
 - Exámenes de laboratorio y otros medios de diagnóstico (screening).
 - Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud.

- **Prevención Terciaria:** Su intervención se produce cuando el individuo está enfermo, buscando reducir el daño, evitar la permanencia de secuelas, invalidez y muertes prematuras, atendiendo a las necesidades de reintegrarlo al entorno, Comprende la rehabilitación física, psicológica, social y laboral.

"La prevención en salud pública disminuye la incidencia o la prevalencia de una enfermedad por ende sus objetivos están muy relacionados con los problemas de salud y son esencialmente correctivo. La prevención alude a la reducción de factores de riesgo o protección contra los agentes agresivos.

2.2.2. Definición de factores de riesgo

Factor de Riesgo: Es aquellas circunstancias que contribuya a que una persona tenga mayor tendencia o predisposición a sufrir una enfermedad. En el caso del cáncer de la mama hay factores que se consideran bajo riesgo y alto riesgo de cáncer de mama. Hay diferentes tipos de factores de riesgo, algunos de ellos, como la edad o la raza de una persona, no se pueden cambiar, otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales. Otros más están relacionados con decisiones personales tales como fumar, tomar alcohol y la alimentación. Algunos factores tienen más influencia sobre el riesgo que otros y el riesgo de cáncer de seno cambia con el transcurso del tiempo debido a factores como el envejecimiento o el estilo de vida.

Teorías de factores de Riesgo Externos para el Cáncer de mama

- **Teoría endócrina.** Se basa en la alteración de la relación estrógeno-progesterona, sea por un aumento real de los estrógenos o por una disminución de los valores circulantes de progesterona. Dicha alteración al actuar sobre un lobulillo genéticamente predispuesto desencadena tanto los cambios histológicos como la sintomatología. Se demostró la presencia de mayores niveles de receptores estrogenitos en las pacientes con aumento de la proliferación epitelial.
- **Teoría neuroendocrina.** De acuerdo con esta teoría las situaciones crónicas de estrés producen un aumento de los péptidos opiodes que provocan una disminución del tono dopaminérgico con la consiguiente elevación de los niveles de prolactina. Al aumentar la prolactina aumentan los niveles de progesterona, que a su vez causa una mayor producción de estrógenos que aumentan la secreción de prolactina, con lo que se constituye un círculo vicioso.
- **Teoría bioquímica.** El consumo exagerado de metilxantinas como el té, café, chocolate, bebidas colas), de nicotina y de tiramiras (carnes procesadas, hongos, quesos fermentados, vino), produce un aumento de las catecolaminas

circulantes, las que actúan directamente sobre los receptores beta de las células.

Teorías de factores de Riesgo Internos para el Cáncer de mama

- **Nivel de autoestima:** Forma como el individuo se comporta frente a los trastornos fisiológicos, psicológicos o cognitivos que su existencia le presenta. Los comportamientos influyen a su vez, tanto en el riesgo de enfermar o accidentarse, como en la posibilidad de sanar y en la práctica de una cultura preventiva de accidentes.

Tradicionalmente a la gente se le ha enseñado a cuidar a los demás, pero no se le ha formado para cuidar de sí mismo; ocuparse de su propio cuidado, como punto de partida que posibilite y fortalezca el cuidado físico y mental de otros.

- Capacidades Generativa
- Nivel de trascendencia
- Condiciones Ambientales, Genéticas

2.2.3. Factores de riesgo no modificable

- **Edad:** Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. El riesgo de padecer cáncer de seno aumenta conforme a la edad. Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más⁽¹⁴⁾.
- **Raza:** Es el Grupo de la especie humana constituido por personas con unas mismas características físicas, como el color de la piel o del cabello o la fisonomía, que se transmiten por herencia. La raza blanca tiene un ligero incremento de riesgo de cáncer de mama en comparación con las afroamericanas, hispanas y asiáticas. Las afroamericanas tienden a presentar la enfermedad en estadios más avanzados y con peor pronóstico, por lo que

presentan tasas de mortalidad más altas (32 vs 22 muertes por 100 000); normalmente en este grupo etario es más frecuente el cáncer de mama triple negativo en edades más tempranas (<40 años). Se ha encontrado una disparidad en cuanto incidencia y mortalidad por cáncer de mama entre diferentes razas; esto posiblemente se debe a factores asociados a falta de acceso a los servicios de salud, estilos de vida y estatus económico bajo. ⁽¹⁵⁾

- **Sexo:** El hecho simple de ser mujeres el principal factor de riesgo más importante de padecer cáncer de mamas. Los hombres pueden padecer cáncer de seno, pero esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres. Esto probablemente se debe a que los hombres tienen menos de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, lo que puede promover el crecimiento de células cancerosas de seno ⁽¹⁶⁾.

- **Presencia de genes específicos**

Genes: Se cree que alrededor del 5 al 10% de los casos de cáncer de seno son hereditarios, ósea que se originan directamente de defectos genéticos (llamados mutaciones) heredados de uno de los padres. Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 y según algunos estudios parece que entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años.

El estudio de la presencia de mutaciones tiene interés porque si existen puede estimarse con mayor precisión el riesgo de padecer cáncer de mama, y por ello pueden tomarse decisiones terapéuticas. Por ejemplo, se sabe que la mastectomía bilateral profiláctica y la ovariectomía reducen el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres con estas mutaciones, por lo que son terapias que, pese a su radicalidad, deben ser tenidas en cuenta ⁽¹⁷⁾.

- **Historia personal:** Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama experimentan un riesgo de cerca de 50% desarrollan cáncer mamario

microscópico en la mama contra lateral. También se ha relacionado los antecedentes de carcinoma endometrial, carcinoma ovárico o cáncer de colon con aumento del riesgo de cáncer de mama; o un carcinoma lobular (dos tipos de tumor maligno que aparecen en los lóbulos o en los conductos galactóforos de los senos, o conductos mamarios). Otro posible factor de riesgo es una hiperplasia benigna, una especie de tumoración no maligno, que altera el tejido del seno⁽¹⁸⁾.

- **Historia familiar.** El riesgo del cáncer de seno es mayor entre las mujeres cuyos familiares directos (consanguíneos) desarrollaron esta condición. El que un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padezca cáncer de seno casi duplica el riesgo de una mujer. Si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad, el riesgo aumenta aproximadamente cinco veces⁽¹⁹⁾.
- **Enfermedades previas de la mama:** Existe una extensa literatura en la cual se pone en manifiesto una relación entre el cáncer de mama crónicas. En ese sentido las mujeres que presentan más enfermedades crónicas tendrían cuatro veces mayor riesgo que las mujeres normales. Se tiende a pensar que el acrecentamiento del riesgo estaría limitado a mujeres con lesiones proliferativas epiteliales, del tipo de la hiperplasia atípica lobulillo. La mastopatía sería una afección pre maligna que o predispone al cambio neoplásico, o es de por sí una manifestación temprana del cambio maligno. Otros autores piensan que tanto la enfermedad benigna como la maligna, estarían regidas por el mismo patrón hormonal. Haber tenido una enfermedad mamaria benigna parece incrementar el riesgo sólo en aquellas mujeres que tienen un elevado número de conductos mamarios incluso en estos casos, el riesgo es moderado amén que se encuentre tejido anormal (hiperplasia atípica) durante una biopsia o exista una historia familiar de cáncer de mama.
- **Menarquía temprana/ Menopausia tardía:** Una menarquía a edades tempranas menos de 12 años se ha vinculado con un incremento del riesgo de padecer cáncer de mama, entre un 10 y un 20%, en comparación con las

mujeres cuya primera menstruación la tuvieron después de los 14 años. Las mujeres que han tenido más ciclos menstruales debido a que comenzaron a menstruar a una edad temprana el riesgo de padecer cáncer de mama, es de un 10 y un 20%, en comparación con las mujeres cuya primera menstruación la tuvieron después de los 14 años. Mujeres que han experimentaron la menopausia a una mayor edad (después de los 55 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Esto puede estar relacionado con una exposición mayor a las hormonas estrógeno y progesterona durante toda la vida ⁽²⁰⁾.

2.2.4. Factores de riesgo de modificación

- **Número de Embarazo y tiempo de Lactancia**

Hay bajo riesgo si la gestación del primer hijo es antes de los 20 años; sin embargo, si se tiene luego de los 35 años, el riesgo es mayor que si hubiese sido nulípara. A su vez, tener más de un hijo o dar lactancia materna dan protección, y los abortos no aumentan el riesgo ⁽²⁰⁾.

- **Historia de Aborto**

Esta relación se basaba en muchos estudios hechos en USA y en otros países desde 1957 hasta el año 2000 en los cuales se encontró que el riesgo de cáncer de seno aumentaba en mujeres que se habían inducido un aborto.

Más de 20 de estos estudios fueron revisados por el Dr. Joel Brind, que en 1996 publico una revisión de estos hechos en la revista Journal Of. Epidemiology and Community Health, donde existían alrededor de 18 estudios que postulaban una asociación. Sin embargo, en el mismo artículo mencionaba que existía alrededor de cinco estudios que no mostraban ninguna relación. Como el número de estudios no es lo más importante, sino la calidad de los mismos y el número de pacientes que intervinieron, la comunidad médica nunca tomo una posición definida al respecto, especialmente porque el aborto es un tema bastante controversial

- **Uso de Anticonceptivos orales**

Consumirlos incrementa el riesgo, pero disminuye luego de 10 años de

suspenderlos. Si se diagnostica cáncer en una mujer que los está tomando, ésta será menos propensa a tener un estado avanzado con respecto a las que nunca los consumieron. El riesgo es mayor entre menor sea la edad a la que se inicie su uso.

- **Uso de Terapia Hormonal Sustitutiva**

Se aumenta el riesgo al prolongar su uso, porque retrasa la menopausia y aumenta la densidad de la mama; se reduce luego de 5 años de suspensión. El uso por más de 5 años aumenta la incidencia en 30 a 50% ⁽²¹⁾.

- **La Obesidad**

El elevado consumo de grasas animales y saturadas en general, propio de los países industrializados de occidente, tienen una gran importancia en la mayor morbilidad del cáncer de mama, especialmente después de la menopausia, estos son factores importantes de riesgo moderado. El colesterol elevado actúa como precursor de la síntesis de esteroides. Los estrógenos se almacenan en el tejido adiposo corporal y la grasa dietaria incrementa la prolactina hipofisiaria, con lo que aumenta la producción de estrógenos. Las mujeres obesas diagnosticadas por cáncer mamario tienen una mayor tasa de mortalidad, lo que puede estar relacionado con estas influencias hormonales o con retraso del diagnóstico ⁽²²⁾. A pesar de no tener ninguna constatación científica definitiva, muchos investigadores indican que seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, así como practicar ejercicio físico de forma regular pueden ayudar a prevenir la aparición de cáncer de mama.

Clasificación de la obesidad según el índice de masa corporal (IMC)

Grado de obesidad	IMC
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad grado I	30-34,9
Obesidad grado II	35-39,9
Obesidad grado III	>40

- **Factores medio ambientales**

Se acepta que la exposición a radiaciones ionizantes incrementa el riesgo de cáncer de mama, con un período de latencia de hasta 40 años. Al respecto es muy ilustrativo el estudio de Gervais-Fagnou *et al*, ⁽²²⁾ en el que en una cohorte de 427 mujeres que habían recibido irradiación supra diafragmática como tratamiento de enfermedad de Hodgkin en el pasado mostraban un riesgo relativo de 10,6 para cáncer de mama respecto al esperado para mujeres de su edad sin irradiación previa.

A pesar de lo dicho en los párrafos precedentes, hasta un 50 % de las mujeres no tienen en su historia clínica ningún factor de riesgo identificable más allá del aumento de la edad y el género femenino ⁽²³⁾. Puesto que el 99% de los casos de cáncer de mama tienen lugar en la mujer, el factor “género femenino” no se considera un factor de riesgo.

- **Consumo de Alcohol**

Tomar regularmente más de dos unidades de alcohol por día incrementa el riesgo de tener cáncer de mama. Ingestión inmoderada de alcohol que es discutible. Como factor de riesgo, el alcohol aún es motivo de controversia; sin embargo se detecta un riesgo ligeramente mayor en mujeres que toman incluso una copa (entre 10n a 15 gramos de OH) al día. El riesgo se duplica entre mujeres que beben tres copas al día. En países donde se toma vino a diario (p.ej., Francia, Italia), la tasa es ligeramente mayor. Algunos hallazgos en las investigaciones sugieren que las mujeres jóvenes que beben alcohol son más vulnerables en etapas posteriores ⁽²¹⁾.

- **Consumo de Tabaco**

El consumo habitual de tabaco aumenta el riesgo de sufrir cáncer de mama y elimina el efecto protector de la lactancia materna respecto a esta enfermedad, según un nuevo estudio publicado en el Journal of THE Cáncer Instituto. Un amplio estudio en más de 116.000 mujeres realizado sugiere que el fumar genera una significativa amenaza. Durante los cuatro años que duró el estudio, 2005 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer invasivo de mama. La tasa entre mujeres que fumaban fue de cerca de 30% más alto que en aquellas que nunca habían probado un cigarrillo.

- **Situaciones de Estrés**

La interrogante de si hay un vínculo entre la preocupación y el cáncer ha dejado perplejos tanto a investigadores como a pacientes. Estudio tras estudio se indaga si las personas con cáncer sintieron más estrés en los años previos al diagnóstico y, a la inversa, si era más probable que las personas que experimentaban estrés desarrollaran cáncer. Lo que ha emergido es una débil conexión entre el estrés, el sistema inmunológico y el cáncer: ahora parece que las células cancerígenas fabrican proteínas que le dicen al sistema inmunológico que las dejen en paz e incluso que les ayude a crecer.

Una vida activa hasta límites excesivos no es conveniente ni beneficiosa. Llevar una vida estresante es nocivo para la salud y, en consecuencia, puede favorecer la aparición de enfermedades.

Promoción de estilos de vida saludable

- Alimentación sana
- Dieta rica en fibras. La fibra arrastra las toxinas y las elimina de nuestro cuerpo.
- Dieta baja en grasas, sobre todo de origen animal.
- Dieta rica en antioxidantes, con abundancia de vegetales y alimentos frescos.
- No calentar demasiado los aceites a la hora de cocinar, pues las temperaturas elevadas producen reacciones de oxidación que generan radicales libres.
- No fumar y evitar el consumo de alcohol
- El alcohol deprime el sistema inmunitario y acelera los procesos oxidativos del cuerpo.
- Evitar la obesidad y el sedentarismo

2.2.5 Medios de detección temprana

El auto exploración de mama como medida preventiva

Además de una revisión general, el médico lleva a cabo una o más de las exploraciones de la mama que se describen a continuación:

La exploración clínica de las mamas puede ser útil para el diagnóstico temprano del cáncer asintomático en las zonas donde no se cuenta con el tamizaje monográfico.

Si bien la exploración clínica tal vez no pueda detectar los tumores muy pequeños que solo pueden verse en la mamografía, ofrece la posibilidad de mejorar una situación en la cual la mayoría de los tumores que se diagnostican corresponden a los estadios III o IV. (1,2) Aun mas, los datos probatorios provienen en gran medida de entornos de mayores recursos, y muy a menudo en el contexto del valor agregado que aporta la exploración clínica de las mamas a la mamografía El cáncer de mama en fase precoz no causa dolor. De hecho, cuando el cáncer de mama empieza a desarrollarse, no da síntoma alguno. Pero como el cáncer crece, puede ocasionar cambios que la mujer debe vigilar:

- Un bulto o espesor en la mama o en la zona axilar.
- Un cambio en el tamaño o forma de la mama;
- Una descarga líquida del pezón.
- Un cambio en el color o la sensibilidad de la piel de la mama, areola, o una retracción del pezón.

Una mujer que note alguno de estos cambios debe acudir a su médico. La mayoría de las veces no es un cáncer, pero sólo el médico se lo puede asegurar.

El examen clínico como medida preventiva

Además de una revisión general, el médico lleva a cabo una o más de las exploraciones de la mama que se describen a continuación:

La exploración clínica de las mamas puede ser útil para el diagnóstico temprano del cáncer asintomático en las zonas donde no se cuenta con el tamizaje monográfico. Si bien la exploración clínica tal vez no pueda detectar los tumores muy pequeños que solo pueden verse en la mamografía, ofrece la posibilidad de mejorar una situación en la cual la mayoría de los tumores que se diagnostican corresponden a los estadios III o IV. (1,2) Aun mas, los datos probatorios provienen en gran medida de entornos de mayores recursos, y muy a menudo en el contexto del valor agregado que aporta la exploración clínica de las mamas a la mamografía ⁽²⁸⁾. A la fecha no se cuentan con datos que confirmen a exploración clínica de mamas como

método adecuado y fiable para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, por tanto para fines del estudio se evaluara dicha técnica.

- **Palpación:** Se procederá a efectuar la palpación con la paciente acostada o sentada.

Conveniente, sobre todo si la paciente tiene mamas grandes y péndulas, colocar una almohadilla debajo del hombro correspondiente a la mama que se palpa, a fin de que la mama se aplane contra el tórax y no caiga hacia el costado ⁽²⁹⁾.

La palpación se ejecutara con los brazos de la paciente tendidos a lo largo de su cuerpo, repitiéndose luego el examen con las manos bajo la nuca.

- **Mamografía:** Como ya se mencionó anteriormente, el tamizaje monográfico es el patrón de oro o estudio de referencia para la detección temprana del cáncer de mama, y las regiones con recursos amplios deben tener como objetivo ponerlo al alcance de las mujeres. No hay motivos para cuestionar la utilidad de la detección temprana mediante la mamografía en aquellas poblaciones donde está todavía no se ha introducido, y las consideraciones acerca de la puesta en práctica del tamizaje monográfico deben limitarse a ponderar si el programa de tamizaje monográfico sería rentable y si es posible mantener una calidad elevada. En los Estados Unidos, Europa y otros lugares, se han instituido programas sólidos de control de calidad para cerciorarse de que la mamografía mantenga una alta calidad técnica ⁽³⁰⁾. La ejecución del tamizaje monográfico debe ir acompañada de programas rigurosos de control de calidad, que incluyan evaluaciones periódicas de la calidad, así como auditorías médicas y retroalimentación para los técnicos o auxiliares en radiología y los médicos que interpretan los estudios ⁽²²⁾.

- **Ultrasonografía:** Con esta técnica (ondas sonoras de alta frecuencia), se puede diferenciar entre un bulto sólido (sospechoso) o con líquido (probablemente un quiste benigno). Esta exploración debe ser realizada junto

con la mamografía. A partir de los resultados obtenidos, el médico puede decidir que no hacen falta exploraciones adicionales ni la aplicación de ningún tratamiento. En estos casos, el médico controlará a la mujer de forma regular para vigilar la existencia de algún cambio. Sin embargo, otras veces, el médico tiene que obtener una muestra de líquido o tejido de la mama para hacer un diagnóstico.

- **Aspiración o biopsia con aguja fina:** Se utiliza una aguja para obtener líquido o una pequeña cantidad de tejido de un bulto de la mama. Con este procedimiento se puede observar si el bulto es un quiste lleno de líquido (no es cáncer) o bien se trata de una masa sólida (que puede ser cáncer o no). Utilizando técnicas especiales, se puede extirpar con una aguja el tejido de una zona sospechosa que se observa en la mamografía y que no se puede palpar. Si el tejido es extirpado con una aguja de biopsia, posteriormente es examinado para buscar si hay células cancerosas. El líquido claro que se obtiene de un quiste no es necesario que sea examinado en el laboratorio.
- **Biopsia quirúrgica:** Se basa en una intervención quirúrgica que toma un trozo de tejido, efectuando inmediatamente su estudio histopatológico, previa congelación, de cuyo resultado dependerá la forma de terminación de la operación ⁽³²⁾.

Es de gran utilidad en lesiones dudosas, lesiones presumibles de malignidad y lesiones categóricas de malignidad. En las dos primeras situaciones, es la decisión preferible la biopsia por congelación. Esto requerirá de la preparación física y psíquica de la paciente por la posibilidad de realizar una mastectomía, además deberá efectuarse con anestesia general.

La mamografía como medida preventiva

Es una radiografía especial de la mama, técnica para obtener imágenes de las mamas que permite detectar lesiones no palpables y asistir en el diagnóstico de masas palpables. Cuando se realiza una mamografía en una mujer que no presenta ningún síntoma de cáncer de mama, se dice que estamos haciendo un cribaje.

Aunque la mamografía no puede detectar todos los cánceres de mama, actualmente es la mejor herramienta de detección precoz de que disponemos. Los estudios llevados a cabo demuestran que la realización de mamografías regularmente (no sólo una vez) salva vidas en mujeres de 50 años o más. Entre los expertos hay discrepancias sobre la regularidad de la práctica de mamografías en mujeres menores de 50 años. Es importante que cada mujer lo hable con su médico y juntos decidan lo que es mejor para ella.

En la mamografía, se utiliza un nivel muy bajo de radiación. Generalmente se realizan dos radiografías de cada mama, una de lado y otra desde arriba. La mama tiene que ser apretada entre dos placas para que la imagen sea clara. Esto resulta un poco incómodo pero duro pocos segundos. En muchos casos (pero no en todos), las mamografías pueden mostrar tumores de la mama antes de que causen síntomas o puedan palpase. Una mamografía puede mostrar también depósitos de calcio en la mama. Aunque la mayoría de depósitos de calcio son benignos, la presencia de un grupo de diminutos granitos de calcio (llamados micro calcificaciones) puede ser un signo precoz de cáncer. La mamografía tiene que ser realizada únicamente por personal médico especializado utilizando la maquinaria correcta diseñada para obtener radiografías de la mama. Un médico especializado, llamado radiólogo, debe interpretar la mamografía. Para las mujeres, la exploración de la mama por parte del médico (llamado exploración clínica de la mama generalmente forma parte del chequeo médico periódico. Sin embargo, hay que recordar que a partir de los 50 años la exploración mamaria en la mujer no sustituye a la práctica regular de la mamografía.

ITEM	DETECCIÓN	EDAD QUE SE RECOMIENDA	FRECUENCIA DE REALIZACIÓN
1	Auto examen de las mamas	Desde la menarquia	Mensual
2	Examen Clínico de las mamas	Mujeres a partir de los 30 años de edad	Anual
3	Mamografía	Mujeres a partir de los 40 años	Anual

2.5.4. La Obstetrix en la detección temprana del cáncer de mama

La promoción de la salud como un proceso complejo político-social con carácter holístico e integral, que trabaja con cada determinante entre ellos abarcando el área de salud con la finalidad de lograr que cada individuo tome consciencia y responsabilidad de su actuar mejorando su calidad de vida y salud. Así también en el ámbito de la salud la prevención de enfermedades juega un rol importante; por ende el profesional de obstetricia que labora en el área hospitalario y comunitario tiene la posibilidad de fomentar y promover prácticas saludables mediante la participación en actividades de educación sanitaria, campañas, conserjería, y otros que permitan incrementar el desarrollo personal y el empoderamiento de la salud.

Las estrategias preventivas destinadas a reducir la exposición a los factores de riesgo del cáncer como por ejemplo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con su comité de expertos mostró su preocupación por lo que consideran una epidemia y actualmente desarrollan una estrategia mundial para combatir el cáncer. Esta iniciativa busca disminuir los casos de cáncer evitables por medio de la reducción de factores de riesgo como las dietas poco sanas, el consumo de tabaco o alcohol, el sedentarismo y la exposición a agentes infecciosos.

Para ponerle un alto a la epidemia del cáncer es necesario que los países que cuentan con mayor conocimiento y desarrollo científico colaboren y asesoren a las regiones más pobres, para que así, los tratamientos sean más accesibles.

La detección temprana del cáncer de mama es muy importante porque determina la calidad de los cuidados a seguir, siendo las principales funciones de la Obstetrix en la detección de cáncer los siguientes:

- Elaborar una buena anamnesis sobre los antecedentes familiares o personales de patología mamaria, valorando pequeñas alteraciones que aparezcan en el seno, enseñando a las mujeres a conocer su propio cuerpo.
- Participar en el equipo multidisciplinario en la implementación de programas de detección de riesgo de cáncer de mama en la población susceptible.
- En las campañas de educación sanitaria, enseñando a las mujeres a

practicar prioritariamente la autoexploración mamaria.

- En las campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, concientizar a la mujer sobre la importancia de detectar precozmente el cáncer de mama en estadios iniciales, debido a su alta malignidad, y el riesgo de las mutilaciones.
- Participando en la realización de pruebas diagnósticas entre ellas: mamografías, ecografías y cito punción.
- Ayudando a las pacientes y familias a superar el miedo y la ansiedad propia de la enfermedad, proporcionando información seguridad, esperanza y potenciando el auto cuidado y la autoestima.

2.2.5 Conocimientos de medidas preventivas

a. Definición

Conocimiento, es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido. Es la facultad de todo ser humano consciente, que maneja sus procesos de comprensión y entendimiento que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia. Se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal o informal mediante el ejercicio de las facultades mentales.

Conocimientos sobre prevención del cáncer mamario

En la actualidad lo único que ha demostrado resultados efectivos en la prevención del cáncer mamario es un diagnóstico oportuno que permita efectuar un tratamiento adecuado en un estado precoz de la enfermedad.

Los avances en las imágenes mamarias se han desarrollado de tal manera que han pasado a ser la clave, junto al examen clínico de un especialista y la auto palpación para detectar este cáncer en su etapa inicial.

El hacer todas estas cosas les da la mejor probabilidad de detectar el cáncer lo más temprano posible. La detección temprana del cáncer de seno hace que el tratamiento sea más fácil y efectivo.

Más de 90 de cada 100 mujeres a las cuales se les detecta el cáncer de seno a tiempo serán curadas. Por todo ello es de suma importancia que la mujer tenga y maneje adecuadamente los conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama, ya

que estos le permitirán identificar anomalías, signos de alarma etc. y estarán presentes en todo momento para guiar sus acciones tales como el auto examen de mamas, las consultas con el especialista y las mamografías.

2.6. Generalidades sobre conocimiento y práctica

a. Conocimiento

Definiciones

Bertrand, plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de interferir a partir de estos.

Rosental, define al conocimiento como: “Un proceso en el cual la realidad se refleja y se produce en el pensamiento humano. Dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actitud practica, el fin del conocimiento es alcanzar la verdad objetiva”.

Kant, en su teoría del conocimiento refiere que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos. El puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el empírico después de la experiencia.

Según Mario Bunge, el conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándole en conocimiento científico y vulgar, el científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago, inexacto, limitado por la observación.

De lo expuesto por los cuatro autores, se puede considerar que el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados sobre hechos, verdades o de información almacenado a través de la experiencia o del aprendizaje mediante el ejercicio de las facultades mentales.

Tipos de Conocimiento

Alavi y Leidner (2001) en su libro “Taxonomía del Conocimiento” clasifican el conocimiento en:

- **Tácito:** Conocimiento enraizado en las acciones, experiencias y contextos específicos.
- **Explícito:** Conocimiento articulado y generalizado Individual.
- **Individual:** Conocimiento creado por e inherente al individuo Social.
- **Social:** Conocimiento creado por e inherente a la colectividad y a las acciones de grupo.

Generación del Conocimiento

Para Nonakay Takeuchi (1995), la generación del conocimiento se realiza en cuatro fases:

- **Socialización:** de compartir experiencias e ideas personales del conocimiento tácito personal al conocimiento colectivo.
- **Internalización:** del paso del conocimiento tácito colectivo al explícito
- **Combinación:** en la que se efectúa el intercambio de conocimientos explícitos, documentos compartidos por diferentes modalidades, principalmente electrónicas y virtuales.
- **Interiorización o de aprendizaje:** en la que el conocimiento explícito colectivo se transforma en tácito individual

Conocimientos y conductas de salud

Para promover medios de vida sanos, habrá que conocer los motivos del comportamiento que causa o previene la enfermedad, existen diversos tipos de pensamientos y sentimientos, los cuales están modulados por nuestros conocimientos, creencias, actitudes y valores que determinan nuestro comportamiento. En las comunidades existen diversos tipos de comportamiento que promueven la salud, evitan enfermedades y contribuyen a la curación y rehabilitación, los cuales deben identificarse y fomentarse.

Los conocimientos proceden a menudo de la experiencia, pero también de la información proporcionada por nuestros padres, maestros, amigos, etc. En tanto, las actitudes muestran nuestros gustos y aversiones, proceden de nuestras experiencias o de las personas próximas a nosotros, se basan en una experiencia limitada, por lo que en ocasiones adoptamos actitudes sin comprender todos los aspectos de la situación.

Las teorías de aprendizaje.

Las teorías del aprendizaje describen la manera en que los teóricos creen que las personas aprenden nuevas ideas, frecuentemente ellos explican la relación que existe entre la información que ya el individuo tiene con la información que se está por aprender. Entre las teorías de aprendizaje se aprecian: El conductismo, cognitivism, constructivismo.

- Teoría de aprendizaje Conductismo: En el conductismo, el aprendizaje era considerado como una simple estímulo- respuesta, el individuo aprende a ver la realidad a través de los sentidos, pero el estudiante es considerado como un ser pasivo, en donde solo reaccionan estímulos medioambientales.

Según Pavlov. Su enfoque principal fue el condicionamiento clásico, en el cual su aporte señala que en un ambiente planeado es posible cambiar la conducta. A través de procesos inconscientes se pretende que los alumnos tengan predisposición positiva o negativa hacia algo.

- Teoría de aprendizaje Cognitivism: El aprendizaje ocurre mediante la construcción gradual de conocimientos, que ocurre gracias a la puesta en relación de los anteriores con los nuevos conocimientos. Exige la organización de estos. Se efectúa a partir de tareas globales.

Según Jean Piaget el aprendizaje se efectúa mediante dos movimientos simultáneos asimilación y acomodación, en lo que asimilación se refiere el individuo al explorar el ambiente en la que se desenvuelve toma parte las cuales forma e incorpora. Es decir, que de acuerdo al ambiente en donde este el individuo se acopla a ella así empieza a formar parte de la misma. Movimiento de acomodación el individuo transforma su propia estructura para adecuarse a la naturaleza de los objetos que serán aprendidos.

- Teoría de aprendizaje Constructivismo: El aprendizaje constructivista es una teoría que equipara todos los aprendizajes con la construcción de significados a partir de experiencias. El aprendizaje humano es una actividad que el sujeto realiza a través de su experiencia con el entorno. Entre las teorías que apoyan el

constructivismo se encuentran el conductismo y el cognoscitivismo porque ambas son objetivas y nacen a raíz de una representación de la realidad externa.

- Teoría de aprendizaje Colectivismo: la teoría conectivista es la insistencia en la importancia que tiene la capacidad de "encontrar" el conocimiento, por encima del mero conocimiento declarativo. En pocas palabras, el colectivismo argumenta que el valor de los medios digitales está en la distribución de conocimientos y en la importancia de saber localizar los recursos. Esto supone que los y las estudiantes son responsables para desarrollar sus propias herramientas de aprendizaje, ambientes, redes y comunidades.

2.3.2. Variables intervinientes.

4.3.2.1. Características sociodemográficas.

- **Ocupación;** actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.
- **Lugar de residencia;** sitio donde está situado el domicilio del encuestado.
- **Grado de instrucción;** nivel de estudios alcanzados.
- **Religión;** tipo de religión que profesa.

2.3.3. Variables de control.

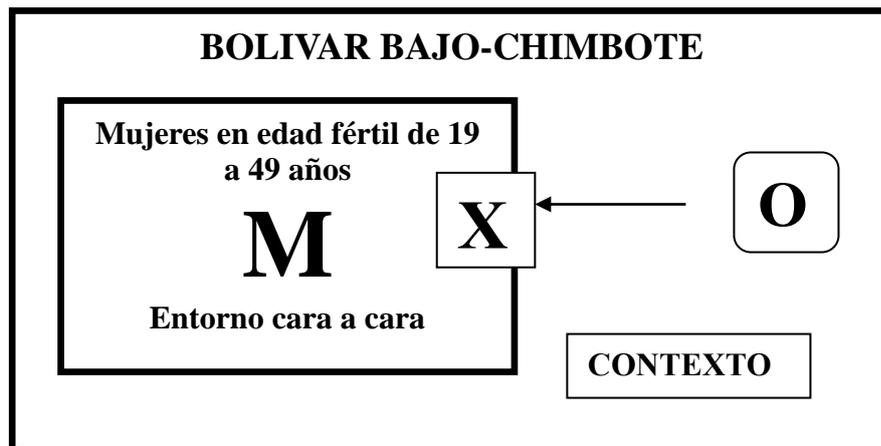
- ❖ **Sexo;** condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- ❖ **Edad;** mujeres en edad fértil entre las edades de 19 a 49 años.

III. Metodología.

3.1 Diseño De La Investigación

Estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño simple de una sola casilla de corte transversal.

Esquema:



M: Mujeres en edad fértil

X: Conocimientos de medidas preventivas

O: Representa lo que se observa.

3.2. El universo o población y muestra.

La población estuvo constituida por el total (2986 de mujeres en edad fértil) de 19 a 49 años que radican en el Pueblo Joven Bolívar Bajo Chimbote.

La muestra lo conforma 100 mujeres en edad fértil de 19 a 49 que residen en el pueblo joven de estudio, se trabajó con la totalidad de mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, haciendo un total de 100 mujeres.

Criterios de inclusión y exclusión para el estudio

Criterios de Inclusión

Mujeres que demandan atención y comprendidas entre los 19 a 49 años de edad y que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- No participan mujeres menores de 19 ni mayores de 49 años.
- Mujeres en edad fértil mas sensibilizadas, con diagnóstico de cáncer de mama o recibiendo tratamiento para el mismo.
- Mujeres en edad fértil con alteraciones genéticas como Síndrome de Down o Tharner.
- Mujeres en edad fértil con problemas para comunicarse.

3.3. Definición operacional de variables

Ver matriz de operacionalización de variables

3.4 Técnicas e instrumentos

Con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizo la encuesta como técnica de recolección de datos. Los instrumentos que se emplearon fueron diseñados y validados por la docente investigadora de la escuela de obstetricia Mg. Nelly Solís Villanueva.

Procedimientos para recolección de la información.

Se brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente.

La encuesta se realizó en el domicilio del entrevistado, en un ambiente privado, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la Investigación.

- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.

- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.

Se respetó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia

3.5 Análisis cuantitativo de la información.

Finalmente, el análisis de los resultados se realizó mediante la Bioestadística, los datos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizó utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de riesgo	Factores de Riesgo: Circunstancia que aumenta la probabilidad de una pérdida derivada de algún peligroso que puede producir lesión, ya que el cáncer de mama no tiene causas definidas sino diferentes factores.	Conjunto de condiciones que favorecen la presencia de una neoplasia mamaria como enfermedades degenerativas-patológicos de las mamas; existiendo condiciones susceptibles de modificarse y condiciones que no son susceptibles de modificación.	Factores no modificables Factores de riesgo susceptibles de modificación	Edad, raza, historia personal, historia familiar, menarquía temprana, menopausia tardía. Paridad, tiempo de lactancia, historia de aborto, uso de anticonceptivos orales, uso de terapia hormonal sustitutiva, obesidad, consumo de alcohol, tabaco, presencia de estrés.
Conocimientos sobre medidas preventivas de cáncer de mama.	Conocimientos: Representación mental abstracta, producto de la adquisición de conceptos, definiciones sobre un objeto o tema específico.	Representación mental, acerca de tema relaciones al cáncer de mamas, como en este caso sobre conceptos, medidas preventivas producto de la experiencias previas.	Conocimientos sobre la prevención de cáncer de mama	Cáncer de mama, detección temprana, Autoexamen de mamas, examen médico periódico, mamografía.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL PUEBLO JOVEN BOLÍVAR BAJO DEL DISTRITO DE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2013.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><u>Preguntas de investigación:</u></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo y conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo del distrito de Chimbote durante el año 2013?</p>	<p><u>General:</u> Determinar los factores de riesgo y conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo del distrito de Chimbote durante el año 2013.</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores no modificables y modificables del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo del distrito de Chimbote durante el año 2013. • Identificar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo del distrito de Chimbote durante el año 2013. 		<p>1. <u>Variable independiente:</u> Factores de Riesgo: Cáncer de mamas</p> <p>2. <u>Variable dependiente:</u> Conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mamas.</p>

IV. Resultados

Se presentan los resultados luego de haber recolectado y Procesado los datos.

TABLA 01

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES QUE FAVORECEN EL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL PUEBLO JOVEN BOLIVAR BAJO - DISTRITO CHIMBOTE, AÑO 2013.

FACTORES NO MODIFICABLES	TOTAL	
	N	%
EDAD		
15 – 19 años	12	12
20 – 29 año	29	29
30 – 39 años	32	32
40 – 49 años	27	27
Total	100	100
RAZA		
Blanca	38	38
Negra	19	19
Indoamericano	43	43
Total	100	100
HISTORIA PERSONAL		
Enfer .Benigna de mamas		
NO	99	99
SI	1	1
Total	100	100
Otro Tipo de Cáncer		
NO	100	100
SI	0	0
Total	100	100
HISTORIA FAMILIAR		
No tuvo antecedentes	97	97
Si tuvo antecedentes maternos	0	0
Si tuvo antecedentes de parte de Hermana	0	0
Si tuvo de parte de la Abuela	3	3
Total	100	100
EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN		
Menarquía temprana (9-12 años)	48	48
Menarquía Media (13-15 años)	41	41
Menarquía tardía (16 a más años)	11	11
Total	100	100
MENOPAUSIA TARDÍA		
NO	100	100
SI	0	0
Total	100	100

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo abril-julio del 2013.

La tabla N° 01 Hace evidente los resultados de los factores no modificables de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Bolívar Bajo, observando que el 27% de mujeres en edad fértil se ubican en el grupo etario considerado como un factor de riesgo (40 – 49 años). Así mismo un 32 % porcentaje considerable de mujeres se encuentran entre las edades de 30 a 39 años acercándose al grupo de riesgo. La raza blanca con un 38% así mismo la raza Indoamericano asciende a un 43%, considerada en éste grupo la raza mestiza, seguida el 19% son de raza negra.

Respecto a los antecedentes personales como factor de riesgo se puede evidenciar que el 100% de mujeres no han tenido enfermedad benigna de mamas. El 99% de mujeres no presentaron otro tipo de cáncer, sin embargo el 1% si presento en algún momento esta enfermedad

Así mismo el 97% de mujeres niegan tener familiares con antecedentes de Cáncer de mamas, un 3% refieren tener antecedentes familiares por parte de la abuela que han cursado con esta enfermedad.

El 48% presento una menarquía temprana, mientras un 41% un menarquía media y un 11 % con menarquía tardía. No resultaron tener evidencias sobre menopausia tardía.

TABLA 02

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES QUE FAVORECEN EL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL DEL PUEBLO JOVEN BOLÍVAR BAJO - DISTRITO CHIMBOTE, DURANTE EL AÑO 2013.

FACTORES MODIFICABLES	N	%
GESTACION		
Si	82	82
No	18	18
Total	100	100
TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA		
Niega	11	11
LME menor de 6 meses	12	12
LME mayor de 6 meses	77	77
Total	100	100
USO DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVOS		
NO	24	24
Píldoras	35	35
Inyectables	37	37
Implantes	4	4
Total	100	100
USO DE TERAPIA DE REESMPLAZO HORMONAL SUSTITUTIVA DESPUES DE LOS 40 AÑOS		
NO	98	98
SI	2	2
Total	100	100
NUTRICION		
Bajo Peso	0	0
Normal	64	64
Sobre Peso	27	27
Obesidad	9	9
Total	100	100
CONSUMO DE TABACO		
NO	93	93
SI	7	7
Total	100	100
CONSUMO DE ALCOHOL		
NO	78	78
SI	22	22
Total	100	100
PERCIBE ESTRES		
NO	74	74
SI	26	26
Total	100	100

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo abril-julio del 2013

La tabla N° 02 Hace evidente los resultados de los Factores modificables que favorecen al cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Bolívar Bajo, observando que el 82 % de mujeres presentan antecedente de gestación, mientras que el 18 % no presentaron antecedentes de gestaciones.

Respecto a la lactancia el 77% de mujeres han lactado a sus hijos más de 6 meses, seguido de un 12 % que han dado de lactar menos de 6 meses, sin embargo el 11 % niegan haber dado de lactar.

Así mismo el 24 % de mujeres niegan usar algún método anticonceptivo, un 35 % refieren usar el método hormonal (píldoras), así mismo un 37% usan inyectables mientras que el 4% han utilizado implante.

Por otro lado los antecedentes de haber usado terapia de reemplazo hormonal, se evidencia en un 98% de mujeres no han usado este tipo de terapia, frente al 2% si usaron esta terapia hormonal.

Un factor de riesgo importante está relacionado con la nutrición, la tabla muestra que el IMC normal asciende a un 64%, seguida del sobrepeso con un 27 % y un 9% tiene obesidad.

En cuanto al consumo de tabaco, el 93 % de mujeres refieren no consumir tabaco, pero un 7 % evidencias si consumir tabaco. El 78% no consumen alcohol, mientras que el 22 % consumen este tipo de bebida.

El 26 % de mujeres en edad fértil percibe estrés, mientras que un 74% no percibe estrés.

TABLA 03.

CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA SEGÚN DIMENSIONES EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL PUEBLO JOVEN BOLÍVAR BAJO – DISTRITO CHIMBOTE, DURANTE EL AÑO 2013.

Dimensión	Conoce		Desconoce	
	n	%	n	%
1. El cáncer mamario es: Tumoración maligna	28	28	72	72
2. La detección precoz del cáncer de mama es: Auto examen de mamas y Mamografía	24	24	76	76
3. Frecuencia del auto examen de mamas es: Mensualmente	45	45	55	55
4. Momento oportuno para la revisión de mamas. Es: Una semana después de menstruar.	34	34	66	66
5. Frecuencia de la consulta médica es: Una vez al año	49	49	51	51
6. Edad recomendable para iniciar examen de mamografía es: A partir de los 40–45	46	46	54	54
7. Frecuencia recomendable para examen de mamografía es: una vez al año	33	33	67	67

Fuente: Encuesta aplicada en el periodo abril-julio del 2013.

La tabla N° 3 hace evidente el conocimiento que tiene el colectivo entrevistado sobre el cancer de mama teniendo en cuenta los indicadores se evidencia que los resultados son: El 72% de mujeres desconoce que el cancer mamario es una tumoración maligna así mismo el 76% desconoce la detección precoz del cáncer de mama es a través del Auto examen de mamas y Mamografía, el 55% de mujeres desconocen que la frecuencia del auto examen de mamas es mensualmente, el 66% desconocen que el momento oportuno para la revisión de mamas.es una semana después de menstruar, el 51 % de mujeres no saben qué frecuencia de la consulta médica es una vez al año, el 54% desconocen que la edad recomendable para iniciar examen de mamografía es a partir de los 40–45 años, el 67% de mujeres desconocen que la frecuencia recomendable para examen de mamografía es una vez al año.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la teoría los factores de riesgo son aquellas circunstancias que hacen que una persona tenga mayor tendencia o proclividad a sufrir una enfermedad. En el caso del cáncer de mama hay factores que se consideran como factores de riesgo no modificables que están relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la herencia y los factores modificables que son susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a ser minimizados o eliminados con acciones preventivas.

En del presente estudio se evidencia dentro de los factores no modificables que el 27% de mujeres en edad fértil se ubican en el grupo etario considerado como un factor de riesgo (40 – 49 años). Así mismo un 32 % porcentaje considerable de mujeres se encuentran entre las edades de 30 a 39 años acercándose al grupo de riesgo. La raza blanca con un 38% así mismo la raza Indoamericano asciende a un 43%, seguida el 19% son de raza negra. Respecto a los antecedentes personales como factor de riesgo se puede evidenciar que el 100% de mujeres no han tenido enfermedad benigna de mamas. El 99% de mujeres no presentaron otro tipo de cáncer, sin embargo el 1% si presento en algún momento esta enfermedad, Así mismo el 97% de mujeres niegan tener familiares con antecedentes de Cáncer de mamas, un 3% refieren tener antecedentes familiares por parte de la abuela que han cursado con esta enfermedad. El 48% presento una menarquía temprana, mientras un 41% un menarquía media y un 11 % con menarquía tardía. No resultaron tener evidencias sobre menopausia tardía (**Tabla 01**), así mismo al explorar los factores de riesgo modificables que favorecen el cáncer de mama se observo que el 82 % de mujeres presentan antecedente de gestación, mientras que el 18% no presentaron antecedentes de gestaciones. Respecto a la lactancia el 77% de mujeres han lactado a sus hijos más de 6 meses, seguido de un 12 % que han dado de lactar menos de 6 meses, sin embargo el 11 % niegan haber dado de lactar. Así mismo el 24 % de mujeres niegan usar algún método anticonceptivo, un 35 % refieren usar el método hormonal (píldoras), así mismo un 37% usan inyectables mientras que el 4% han utilizado implante.

Por otro lado los antecedentes de haber usado terapia de reemplazo hormonal, se evidencia en un 98% de mujeres no han usado este tipo de terapia, frente al 2% si usaron esta terapia hormonal.

Un factor de riesgo importante está relacionado con la nutrición, la tabla muestra que el IMC normal asciende a un 64%, seguida del sobrepeso con un 27 % y un 9% tiene obesidad. En cuanto al consumo de tabaco, el 93 % de mujeres refieren no consumir tabaco, pero un 7 % evidencias si consumir tabaco. El 78% no consumen alcohol, mientras que el 22 % consumen este tipo de bebida. El 26 % de mujeres en edad fértil percibe estrés, mientras que un 74% no percibe estrés (**Tabla 02**). Resultados semejantes al estudio de **Shigyo, Del Alcázar**, Portugal. En su investigación Factores asociados en el cáncer de mama Lima-Perú. Obteniendo como resultados que los factores asociados agrupados en antecedentes ginecobstétricos, patológicos, personales y familiares; encontrando un 30,84% de pacientes con menarquía temprana, un 22,10% de nulípara, el 73,68% tuvo su primer embarazo a término después de los 20 años, el 80,85% no dio lactancia materna, el 12,6% presentó algún antecedente familiar de cáncer mamario, mientras que en 230 casos no hubo ningún tipo de antecedente personal ni familiar.

Es así que, el profesional de obstetricia cumple un rol importante dentro de esta problemática, a través de su participación en actividades de educación sanitaria, campañas, consejerías para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama, tanto a nivel intra y extramural, mediante la educación sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, la promoción de estilos de vida saludables, la enseñanza del auto examen de mamas, entre otros. Entonces, en el estudio, la gran mayoría de las mujeres no tienen conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama, haciendo que esta población se encuentre en riesgo. Por lo tanto, es necesario desarrollar actividades preventivo promocionales dirigidas a la mujer con el objetivo de elevar sus niveles de conocimiento, especialmente respecto a los factores de riesgo, ya que la mayoría piensa que es una enfermedad hereditaria, y no toma en cuenta los aspectos relacionados a los estilos de vida que muchas veces son determinantes en el desarrollo de esta enfermedad.

Con respecto al conocimiento hace evidente que el colectivo entrevistado en los indicadores se evidencia que los resultados son: El 72% de mujeres desconoce que el cancer mamario es una tumoración maligna así mismo el 76% desconoce la detección precoz del cáncer de mama es a través del Auto examen de mamas y Mamografía, el 55% de mujeres desconocen que la frecuencia del auto examen de mamas es mensualmente, el 66% desconocen que el momento oportuno para la revisión de mamas es una semana después de menstruar, el 51 % de mujeres no saben qué frecuencia de la consulta médica es una vez al año, el 54% desconocen que la edad recomendable para iniciar examen de mamografía es a partir de los 40–45 años, el 67% de mujeres desconocen que la frecuencia recomendable para examen de mamografía es una vez al año. **(Tabla N° 3)** Resultados semejantes al estudio de **Toralva Sobrevilla**, sobre “Relación entre los conocimientos y las practicas sobre auto examen de mamas en madres que pertenecen al Comité I del Vaso de Leche del AA.HH, donde concluyó que: “la mayoría de las madres no practica el *auto examen de mama*, y de las que lo practican, el 67% lo realiza inadecuadamente”, podemos evidenciar que hay diferencias ya que las mujeres manifestaron que si practican el auto examen de mama, pero se coincide en que lo realizan de manera inadecuada.

Es así que, el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Entonces cuando las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado, realizarán la práctica de actividades en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

También es importante mencionar que en el estudio, los aspectos que practican las mujeres de manera inadecuada, se evidencia que los bajos conocimientos limitan una práctica adecuada lo que hace que se retrase el diagnostico, complicando así el tratamiento y posibilidad de curación. Se sabe que el conocimiento se transmite a partir de la experiencia que comienza por los sentidos para terminar en la razón y expresarse en la práctica con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce y se aprende en base al conocimiento que se tiene, esto supone que a un mayor nivel de conocimientos se realiza prácticas adecuadas como se encontró en el estudio.

CONCLUSIONES:

- Este estudio permitió conocer la prevalencia de algunos factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres mayores de 40 a 49 años.
- Se asume que las mujeres que participaron no saben que tienen algún factor de riesgo y que este puede desarrollar cáncer de mama por lo que biológicamente hablando tienen algún grado de riesgo, sin embargo, algunos de ellos pueden ser modificables.
- En relación a los factores de riesgo para el cáncer de mama el factor de riesgo de mayor coincidencia en la muestra es estudio está relacionado a la obesidad.

Referencias Bibliográficas

1. López Lizbeth, Torres Luisa .Universidad Autónoma Metropolitana. Observatorio de la Salud Pública en México [serie del Internet].2010 [citada 2014 Jun 26] Disponible en : http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/saludpublica_2010.pdf#page=149
2. Células tumorales circulantes en cáncer de mama: Un posible riesgo biológico. RevEspMédQuir.; 19:45-51.[serie del Internet].2014 Enero [citada 2014 Jun 26] Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq141h.pdf>
3. OMS .Cáncer de mama: Prevención y Control.[serie del Internet].2014 [citada 2014 Jun 26] Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index3.html>
4. Singh MM, Devi R, Walia I, Kumar R. Breast self examination for early detection cancer. Indian J MedSci 1999.disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832011000100005&script=sci_arttext
5. Menéndez Enrique, Hidalgo Yusleidys, Frómeta Mercedes. Acciones instructivas en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Jun 26] ; 37(4): 541-550. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000400011&lng=es.
6. Gómez Zamudio Mauricio, 1998. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.
7. INE.Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013 [serie del Internet]. 2013 Nov [citada 2014 June 26] Disponible en : http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
8. Salazar Miriam et al. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. Rev. Perú. med. Exp. Salud Pública. [serie del Internet] 2013, vol.30, n.1 [citada 2014 June 26], pp. 105-112 Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100020&script=sci_arttext
9. Gutiérrez-Aguado Rev. Perú. ginecobstetra intervenciones preventivas para cáncer

- de mama en el Perú. v.58 n.4 Lima 2012 disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322012000400003&script=sci_arttext
10. Paez Mario. Policlínico. Relación entre el Conocimiento del Autoexamen de mama y la Prevención del Cáncer de Mama [serie del Internet].2013 [citada 2014 Jun 26] Disponible en : http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/pdf/T17.pdf
 11. Irrarázaval Elisa, Rodríguez Pía, Fasce Gerardo, Silva Fernando, Waintrub Herman, Torres Camilo. “Calidad de vida en cáncer de mama”. [serie del Internet] 2013 Chile [citada 2014 June 26] , pp. 105-112 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n6/art06.pdf>
 12. Aguilar M, Neri M., Padilla C. A., Pimentel M. , García Rillo , Sánchez A. M. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2014 Jun 30]; 27(5): 1631-1636. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000500038&script=sci_arttext
 13. Suasnabar Sara. Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cáncer de mama en las mujeres que acuden al C.S. Villa San Luis: San Juan de Miraflores, 2011. [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Jun 30] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2912/1/110005.pdf>
 14. Chacón Karen, Arzú Dexter , Ponce Edwin. Conocimientos Básicos que Poseen los Estudiantes de la UPNFM Sobre el Cáncer de Mama. [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2014 Jun 30] Disponible en: <http://metodologiadeinvestigacioncuantitativa.files.wordpress.com/2014/05/conocimientos-bc3a1sicos-que-poseen-los-estudiantes-de-la-upnfm-sobre-el-cc3a1ncer-de-mama.pdf>
 15. Miguel Martín. Servicio de Oncología .Médica Cáncer de mama. [revista en la Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible e: www.cchaler.org/app/download/4007299260/Capitulo4.pdf
 16. Figueroa Sara, Guamán María, Guerrero Alexandra. Universidad de Cuenca. 2012 Febr. [revista en la Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/bitstream/123456789/3573/1/ENF111pdf>
 17. Alicia Carbone, [revista en la Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible en:

<http://reflexoterapia.galeon.com/files/menopausia.pdf>

18. Chamorro Diana. Mortalidad asociada a factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres.2013 Dic [revista en la Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2912/1/110005.pdf>
19. Vega Genaro, AvilaJavier, Garcia Pablo, Camacho Nicolás, Becerril Alma .La Obesidad y Su Relación con el Cáncer de mama en una población Mexicana .2014 Jun. edición vol.10, No.3 ISSN: 1857–7881 [revista en la Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible en: <http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/view/2618/2479>
20. Sarasa Ana, Sordo Luis, MolistGemma, Hoyos Juan, Guitart Ana, Barrio Gregorio. Principales daños sanitarios sociales relacionados con el consumo de alcohol. Rev España Salud Publica .2014 Jul-Agost -88; 469-491[revista en la Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_4/RS884C_ASR.pdf
21. AmericaCancerSociety. Cáncer de seno (mama) 2013 [citada 2014 Jun 26] Disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/540/1/ricse_aj.pdf
22. Virella Trujillo María Elena, Salazar Matos Yodelaisi, Chávez Roque Mavel, Viñas SifontesLeida Nilda, Peña Fuente Niurka. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y Autoexamen. AMC [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2014 Jul 19]; 14(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000100003&lng=es.

Anexos

Anexo N°01: MAPA GEOGRÁFICO



Anexo N.º 02. Frontis de la Posta de la comunidad



Anexo N° 03. ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

ACTA DE DICTAMEN N° 127 - 2014 DE APROBACIÓN DE INFORME DE TESIS

Siendo las **10:45** horas del día **27** de **AGOSTO** del **2014** por el Reglamento de Promoción y Difusión de la Investigación Científica (versión 05) de la ULADECH-CATÓLICA en sus Artículos 48° y 50°, los miembros de la Comisión de Investigación de la Escuela Profesional de **OBSTETRICIA** conformado por:

MARIA LUCIA VILLANUEVA VASQUEZ Presidente

CARMEN ROSA AGUIRRE ESPINOZA Secretario

Reunidos en la Escuela Profesional de **OBSTETRICIA** para evaluar el documento del informe de investigación titulado:

FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER MAMARIO PUEBLO .

ZAYDA MAYBEL CASTRO COTRINA Autor

AMELIA NELLY SOLIS VILLANUEVA Asesor

Anexo N.º 04. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como Ama de Casa, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:**

Que he sido debidamente **INFORMADA** por los responsables de realizar la presente investigación científica, quedando entendido la importancia de la participación de mi persona en una encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que hemos recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también hemos tenido ocasión de aclarar las dudas que nos han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO EL CONSENTIMIENTO** para participar de la encuesta.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma de la Mujer

Firma del encuestador

Fecha: _____

Anexo N.º 05. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Nº

**INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS
DEL CÁNCER DE MAMAS**



I. INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrara una serie de preguntas que deberá marcar con un aspa (X), Así mismo deberá marcar una sola pregunta.

II. CARACTERISTICAS GENERALES

1. Edad ()

2. Procedencia:

a) Costa ()

b) Sierra ()

c) Selva ()

3. Grado de instrucción:

a) Analfabeto

b) Primaria completa

c) Primaria incompleta

d) Secundaria completa

e) Secundaria incompleta

f) Superior técnico

g) Superior Universitario

4. Área de ocupación:

5. Raza: Blanca () Negro () Indoamericano ()

6. Historia personal :

Antecedentes patológicos personales

Enfermedad benigna de mama Si () No ()

Otro tipo de cáncer Si () No ()

7. Historia Familiar :

- Antecedentes Familiares: Cáncer de mama en: Madre () Hermana ()
Hija () Abuela ()

Edad de la primera menstruación (): se califica como menarquía temprana () o tardía () Marcar con una X en el espacio que corresponde

Menopausia tardía:

A qué edad dejó de menstruar: () se califica como menopausia tardía si () o No () Marcar con una X en el espacio que corresponde

FACTORES DE RIESGO

Factores no modificables

Ginecológicos

Edad de primera menstruación ()
Formula Obstétrica: N° de Gestación a la fecha () Partos que hayan terminado entre las 37 ss. a 41 semanas () Partos prematuros (antes de las 37 ss.) ()
Abortos () N° total de hijos actualmente vivos ()
Edad de primer embarazo a término ()
Tiempo de lactancia materna por cada hijo (meses / hijo).....
.....
Aborto: Inducido () Espontáneo () Año.....
Frecuencia (N° de veces).....

Uso de anticonceptivos orales: ¿Utiliza Ud. algún método anticonceptivo? Si () No () Tipo: Píldoras () Inyectables () Implantes () Tiempo.....

Terapia de reemplazo hormonal: ¿Ha sido operada de histerectomía, alguna vez? Si () No () Si la respuesta es SI, pasar a la siguiente pregunta:
¿Ha recibido alguna vez tratamiento con hormonas? SI () NO ()
¿Qué tipo de hormona recibió?

Para mujeres climatéricas: ¿Ha utilizado hormonas como terapia de reemplazo hormonal después de los 40 años? SI () NO ()
¿Qué tipo de hormona recibió y con qué frecuencia?

Factores modificables

Consumo de tabaco Si () No ().....
Consumo de alcohol: Si () No ().....
IMC: Peso..... Kg. Talla..... cm.
Percibe estrés Si () No ()

Para evaluar si percibe estrés el entrevistado aplicaremos el siguiente test:

Contesta a las siguientes 12 preguntas sobre cómo te has sentido en el último mes, puntuando cada una según la frecuencia que te resulta verdadera				
¿Con qué frecuencia Ud. ha tenido estas sensaciones o experiencias en el último mes?	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
Me he sentido tenso, ansioso o alterado				
Me he sentido triste, deprimido, bajo de humor o sin esperanza				
Me he sentido bajo de energía, exhausto, cansado o incapaz de terminar las cosas				
No he podido apagar los pensamientos por la noche o el fin de semana y sentirme relajado el día siguiente				
No he podido sentarme tranquilo en ningún momento; estaba moviéndome constantemente				
Estaba tan alterado que pensaba perder el control				
He estado en situaciones desagradables y me he sentido sin esperanza de hacer nada bueno				
Me he sentido cansado por la mañana, sin energía para levantarme o enfrentarme a las actividades del día				
He tenido problemas de concentración o en recordarme de las cosas				
Mi vida ha estado vacía y sin significado				
No me he sentido cercano o aceptado por las personas a mi alrededor, ambos familiares y amigos				
He estado continuamente frustrado en mi vida por eventos nefastos y gente que no cumplía con mis expectativas				

0 = Nunca 1= A veces 2 = frecuentemente 3 = Siempre

SEGUNDA PARTE: CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

1. Para usted que es el cáncer mamario

- a) Enfermedad incurable
- b) Enfermedad de larga duración pero curable
- c) Tumoración maligna
- d) Tumoración benigna

- 2. ¿Conoce alguna forma de detectar precozmente el cáncer de mama?**
- a) No
 - b) Auto examen de mamas
 - c) Examen médico periódico
 - d) Mamografía
 - e) b y c
 - f) b y d
 - g) b, c y d
- 3. ¿Con que frecuencia cree usted, que se debe realizar el Autoexamen de mamas?**
- a) Diariamente
 - b) Mensualmente
 - c) Una vez al año
- 4. ¿Cuál de estos cree que es el momento oportuno para la revisión de las mamas?**
- a) Una semana antes de menstruar
 - b) Cualquier día.
 - c) Una semana después de menstruar.
- 5. ¿Cuál cree usted que es la frecuencia recomendable para realizarse una consulta médica?**
- a) Mensual
 - b) Semanal
 - c) Anual
- 6. ¿A partir de qué edad es recomendable hacerse una mamografía?**
- a) A partir de los 20–25
 - b) A partir de los 40–45
 - c) A partir de los 60–65
- 7. ¿Cuál es la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía?**
- a) Cada 6 meses
 - b) Una vez al año
 - c) Cada 5 años

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN