



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN DEL CÁNCER MAMARIO EN
MUJERES - PROGRESO - CHIMBOTE, 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORA:

FERRER TURRIATE DANIELA DEL ROSARIO

ORCID: 0000-0001-8000-7779

ASESORA:

MGTR. SOLÍS VILLANUEVA AMELIA NELLY

ORCID: 0000-0003-4488-5085

CHIMBOTE-PERÚ

2020

**FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN DEL CÁNCER MAMARIO EN
MUJERES – PROGRESO - CHIMBOTE, 2017.**

EQUIPO DE TRABAJO

Autora

Ferrer Turriate, Daniela Del Rosario

ORCID: 0000-0001-8000-7779

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pre-Grado, Chimbote,
Perú.

Asesora

Mgtr. Solís Villanueva, Amelia Nelly

ORCID: 0000-0003-4488-5085

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Obstetricia, Chimbote, Perú.

Jurado

Mgtr. Aguirre Espinoza, Carmen Rosa

ORCID ID: 0000-0002-3341-802x

Mgtr. Aguilar Alayo, Matilde Ysabel

ORCID ID: 0000-0003-2969-1813

Mgtr. Loyola Rodríguez, Melva Raquel

ORCID ID: 0000-0002-4794-2586

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Aguirre Espinoza, Carmen Rosa

Presidenta

Mgr. Aguilar Alayo, Matilde Ysabel

Miembro

Mgr. Melva Raquel Loyola Rodríguez

Miembro

Mgr. Solís Villanueva Amelia Nelly

Asesora

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer a nuestro Padre Celestial quien, a través de la Divina Misericordia, siempre ha estado siendo mi fortaleza y me ha guiado en cada paso de mi vida.

A mis padres Damián y Rosario por los valores enseñados. A mi hermana Xiomara por ser mi mejor amiga y confidente. A mi abuela Esperanza por cultivar en mí la perseverancia. A Erick, por su constante motivación.

Mi sincera gratitud a la Obs. Mg. Amelia Nelly Solís Villanueva por su asesoría, paciencia y todo el tiempo dedicado, por estar constantemente apoyándome en la realización de este estudio.

Daniela Del Rosario, Ferrer Turriate

RESUMEN

El cáncer de mama es una de las neoplasias con uno de los aumentos más alarmantes a nivel mundial, es por ello que ante tal problemática se hace indeleble la búsqueda oportuna de los factores de riesgo que predisponen a tal afección, así como conocer las medidas preventivas para dicha patología. **Objetivo general:** determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil, en el Pueblo Joven El Progreso del Distrito de Chimbote, 2017. **Metodología:** estudio de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, de corte transversal de una sola casilla. La población lo constituyen 1352 mujeres en edad fértil, con una muestra de 148 mujeres en edad fértil según muestreo no probabilístico; el cual fue evaluado a través de un cuestionario. **Resultados:** Los hallazgos encontrados hacen evidente que el (65.0%) presentan edad mayor a 35 años, el 49.0% son de raza blanca, el 50.0% presentó menarquia temprana, el 14.0% son nulíparas, 23.0% no dio de lactar, el 30.0% usa anticoncepción oral, el 41.0% presentó sobrepeso y el 64.0% desconoce sobre la patología en estudio. **Conclusión:** La presente investigación nos indica que existen de 2 factores de riesgo o más en la población en estudio, que las predisponen a padecer de dicha patología; así mismo, se evidencia que existe desconocimiento sobre las medidas preventivas para evitar dicha patología.

Palabras claves: *Cáncer de mama, conocimiento y factores de riesgo.*

ABSTRACT

Breast cancer is one of the neoplasms with one of the most alarming increases worldwide, therefore, in the face of this problem, the timely search for the risk factors that predispose to such a condition becomes indelible, as well as allows us to know measures that let us prevent it. **Course objective:** To determine the risk factors and knowledge about preventive measures of breast cancer in women of childbearing age, in El Progreso shanty town of Chimbote District, 2017. **Methodology:** Study of quantitative type, descriptive level, cross section of a single box. The population consists of 1352 women of childbearing age, with a sample of 148 women of childbearing age according to non-probabilistic sampling; which was evaluated through a questionnaire. **Results:** The found discoveries make it clear that (65.0%) are older than 35 years, 49.0% are white, 50.0% have early menarche, 14.0% are nulliparous, 23.0% do not breastfeed, 30.0% use Oral Contraceptive Method, 41.0% are overweight and 64.0% do not know pathology. **Conclusion:** This research indicates that there are 2 or more factors on the study of the population, that predispose to suffer from such pathology; likewise, it is obvious that this population do not know the measures that allow us to prevent the development of this disease.

Keywords: *Breast cancer, knowledge, risk factors and preventive measures.*

CONTENIDO

TÍTULO	ii
HOJA EQUIPO DE TRABAJO	iii
HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
I.-INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1. Factores de riesgo	13
2.2.1.1. Factores de riesgo no modificables	15
2.2.1.2. Factores de riesgo modificables	18
2.2.2. Teoría del conocimiento	25
2.2.3. Conocimiento de medidas preventivas	25
2.2.3.1. Conocimiento sobre prevención del cáncer	25
2.2.3.2. La autoexploración de mama como medida preventiva	28
2.2.3.3. El examen clínico como medida preventiva	30
2.2.3.4. La mamografía como medida preventiva	31
2.3. Marco conceptual.	32
2.3.1. Cáncer de mama	32
2.3.2. Niveles de prevención	33
III. HIPÓTESIS	36
IV. METODOLOGÍA	37
4.1. Diseño de la investigación	37
4.2. Población y muestra	38
4.3. Definición y operacionalización de variables	40
4.4. Técnica e instrumento de medición	42
4.5. Plan de análisis	44
4.6 Matriz de consistencia	45
4.7 Principios éticos	46
V. RESULTADOS	
5.1. Resultados	47
5.2. Análisis de resultados	53
VI.- CONCLUSIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	
Distribución porcentual sobre los factores de riesgo no modificables que favorecen el cáncer de mama en mujeres de edad fértil del Pueblo Joven El Progreso – Distrito de Chimbote, 2017.	47
Tabla 2	
Distribución porcentual sobre los factores modificables que favorecen el cáncer de mama en mujeres de edad fértil del Pueblo Joven El Progreso – Distrito de Chimbote, 2017.	49
Tabla 3	
Distribución porcentual sobre los conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven el Progreso - Distrito Chimbote, 2017.	51
Tabla 4	
Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las mujeres de edad fértil del Pueblo Joven el Progreso - Distrito Chimbote,2017.	52

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados a salud son cada vez mayores debido a la aparición de nuevas enfermedades, a las creencias y costumbres de las personas que permanecen arraigadas a patrones ancestrales que dificulta la prevención y promoción de salud pública. En este contexto se ubica al cáncer de mama, que es la neoplasia que en la actualidad ha ido incrementando su incidencia de casos en la mujer, con elevados índices, y con una tasa de mortalidad que cada día parece estar acrecentándose, algunos autores afirman que se debe a las faltas de medidas de prevención para el autocuidado y que estaría relacionada con la carencia del desempeño y despliegue de trabajo de los profesionales de salud; sin embargo, existen otros aspectos que atañen al quehacer de las personas, y sus creencias, pensamientos y sentimientos, los cuales no son los más positivos para querer cambiar, de ahí que es necesario un acercamiento haciendo énfasis en la búsqueda de los factores de riesgos y tener una aproximación al conocimiento a fin tener una base sobre la cual, se puedan impulsar las medidas de prevención y promoción contribuyendo a la detección ⁽¹⁾.

El problema existe a nivel mundial según las últimas investigaciones que se han obtenido sobre el carcinoma mamario; a nivel global, en el año 2018 el GLOBOCAN (Observatorio Global de Cáncer), agencia internacional que nos indica que el carcinoma mamario es una de las causas principales de muerte en la población femenina; ya que, según recalca en dicho año se registró 18,1 millones de casos nuevos⁽²⁾. En tanto, la OPS (Organización Panamericana de la Salud); hace referencia que en el continente americano el carcinoma mamario se encuentra con mucha

recurrencia en las mujeres, y visora que para el año 2030 existirá un mínimo de 572,000 casos nuevos y unos 130,000 casos de muerte por dicha enfermedad ⁽³⁾.

Por otro lado, en Perú según ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) - 2014, indica que el 38.0% de las mujeres peruanas refieren conocer la necesidad de realizarse el autoexamen mamario oportuno, y que solo el 21.0% de las mujeres estudiadas tenían la tendencia a realizárselo mensualmente y usando la técnica adecuada ⁽⁴⁾. Del mismo modo, en Perú se registran anualmente 35 873 nuevos casos de cáncer mamario y más de 17 039 de mujeres mueren anualmente a causa de esta enfermedad ⁽²⁾.

En el departamento de Ancash según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – 2015; el 23.2% de la población se han realizado algún examen clínico de mamas en los últimos 12 meses ⁽⁵⁾. En el Distrito de Chimbote, en los últimos años ha incrementado su población de manera importante, tanto en el ámbito urbano, como rural. Esta localidad norteña cuenta con alrededor de 215.817 habitantes, de las cuales son 108.205 son mujeres. Uno de estos ámbitos urbanos lo constituye el Pueblo Joven El Progreso, caracterizada por contar con una población estimada de 10 000 habitantes ⁽⁶⁾.

Según la investigación las mujeres del Pueblo Joven el Progreso, son en su mayoría de la región costa, con grado de instrucción de secundaria completa, dedicándose a labores domésticas, preponderando la raza blanca e indoamericana, no presentan antecedentes de cáncer mamario ni de ningún otro, con análisis de peso

determinando el sobrepeso, con percepción de estrés en sus actividades de vida cotidiana, ya que informaron a veces percibir estrés. En cuanto al conocimiento de cáncer de mama, su mayoría desconoce el tema, con poca práctica del autoexamen de mamas, con desconocimiento sobre el momento oportuno para acudir a revisión médica y sobre la edad para realizarse la mamografía.

La problemática observada ha conllevado a que la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Uladech Católica promueva la línea de investigación “los cuidados obstétricos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres y varones según etapa de vida, implicancia en la familia, comunidad y su interacción con la profesión de obstetricia en el país”, de la cual se desprende el presente estudio teniendo en cuenta que la Obstetricia es una carrera con responsabilidad social y que promueve la salud preventiva.

Esta situación pone de manifiesto un velo de incertidumbre sobre los factores de riesgo y el conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso, y siendo necesario contar con un estudio que refleje la real situación de las variables en estudio a fin de impulsar intervenciones educativas que resulten en un cambio del comportamiento en el autocuidado de la salud de la mujer, se profundiza el estudio planteado a través de una encuesta; buscando resolver la siguiente pregunta: *¿Cuáles son los factores de riesgo y el conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer mamas que tienen las mujeres en edad fértil del Pueblo El Progreso del Distrito de Chimbote -2017?.*

Frente a ello me planteo el objetivo general; determinar los factores de riesgo y nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso del Distrito de Chimbote – 2017. Para llegar al objetivo general se planteó 3 objetivos específicos: 1) Identificar los factores de riesgo no modificables de cáncer de mama en mujeres en edad fértil de del Pueblo Joven El Progreso del Distrito de Chimbote- 2017. ; 2) Identificar los factores de riesgo modificables de cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso del Distrito de Chimbote- 2017. ; 3) Identificar el conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso del Distrito de Chimbote- 2017.

El beneficio será directamente a la población del Pueblo Joven El Progreso, ya que mediante este estudio se desea lograr incrementar la realización del autoexamen de mamas y la mamografía de manera oportuna, todo esto ayudará a un cambio en el pensamiento de las mujeres en edad fértil; contribuyendo al conocimiento sobre los factores de riesgos y medidas preventivas de este carcinoma, ello servirá a poder generar programas de promoción y prevención en la salud sexual y reproductiva en investigaciones siguientes.

Por otro lado, el trabajo de investigación contribuirá como referencia para nuevos estudios ya que les permitirá determinar en qué dimensión se ejecutarán las acciones preventivas para descubrir precozmente esta afección, con qué regularidad se efectúan y si es idóneo para alcanzar el efecto ansiado. Se procura con esta investigación que esta enfermedad debe ser seguida, evaluada, pesquisada y que

existen formas de controlar esta enfermedad. Despertar, dar a conocer y hacer conciencia, en las mujeres en estudio incidir en los factores de riesgo.

La metodología que se usó para el estudio es cuantitativo - descriptivo porque no se manipularán las variables de estudio, las variables serán medidas y descritas tal como se presentaron en la realidad; con diseño de investigación descriptiva simple de una casilla de cohorte transversal. Cuyo universo está conformado por 1352 mujeres que demandan atención en el Pueblo Joven El Progreso entre las edades de 15 a 49 años. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico; porque se requería una cuidadosa y controlada elección de los sujetos con las características especificadas en el planteamiento del problema. La muestra estuvo conformada por 148 mujeres entre los 15 y 49 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La unidad de análisis estuvo constituida por la mujer de 15 a 49 años de edad del Pueblo Joven el Progreso de Distrito de Chimbote durante el período de la investigación.

Las variables del estudio son factores de riesgo y conocimiento sobre medidas preventivas de cáncer de mama. Dentro de los factores de riesgo se identificó los factores no modificables que son: edad, raza, historia personal, historia familiar, menarquía temprana y menopausia tardía; y los modificables que son: paridad, tiempo de lactancia, historia de aborto, uso de anticonceptivos orales, uso de terapia hormonal sustitutiva, obesidad, consumo de alcohol, tabaco y presencia de estrés. Por otro lado, en cuanto al conocimiento se busca determinar los siguientes indicadores: cáncer de

mama, detección temprana, autoexamen de mama, examen médico periódico y la mamografía.

Esta situación preocupante ha avivado el interés de ahondar en el estudio, lo cual se hace evidente en los hallazgos encontrados donde; el 65.0% presentan edad mayor a 35 años, el 49.0% son de raza blanca, 50.0% presento menarquia temprana (9 a 12 años), 14.0% son nulíparas, 23.0% no dio de lactar, 30.0% usa anticonceptivos orales, 41.0% de las féminas presentó sobrepeso, el 64.0% no conoce sobre la patología en estudio , el 74.0% desconoce la importancia del autoexamen de mamas de forma precoz, el 64.0% desconoce la frecuencia para realizarse el autoexamen de mamas y el 68.0% desconoce el momento oportuno para la revisión de las mamas.

La investigación está configurada por las siguientes partes: En la primera parte, se expresa la introducción en el cual se delimita la caracterización de la problemática expuesta, el planteo del problema, enunciación de objetivos y la justificación por la cual se realiza esta investigación. La segunda parte, comprende la revisión de la literatura el cual incluye; los antecedentes de la literatura el cual comprende investigaciones realizadas anteriormente a nivel nacional y mundial sobre el cáncer de mama, y el marco teórico en el cual profundiza sobre el área temática. En la tercera parte, se encuentra la hipótesis no pudo presentarse por ser un trabajo descriptivo. En la cuarta parte, se detalla la metodología empleada en este estudio en el cual se determinaron aspectos operativos del estudio. En la quinta parte, se detalla los resultados de la investigación, el cual la información está planteada en tablas que a su vez estas deben responder a los objetivos formulados. Por último, la sexta parte, presenta la conclusión de esta investigación. Así mismo se detalla las referencias bibliográficas y los anexos.

Sobre todo, lo expuesto se concluyó que el estudio de investigación permitirá y apoyará en el empoderamiento de las mujeres para deliberar saludablemente sobre su sexualidad y estilos de vida que quieran llevar, además de establecer medidas preventivas, puesto que el profesional de obstetricia tiene el papel fundamental de promover estilos de para la detección oportuna de probables factores de riesgos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

El presente capítulo que incluye la revisión de la literatura, brinda información fundamental sobre el dilema a indagar, lo cual se realiza consultando, extrayendo y recopilando fuentes tanto físicas como virtuales útiles y relevantes.

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes nacionales

Larrea L. ⁽⁷⁾ (Lima, Perú – 2016); realizó un estudio titulado “Características clínico patológicas del cáncer de mama en mujeres menores de cincuenta años, en Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, cuyo objetivo principal fue determinar la caracterización de las mujeres cuya edad sea menor a los 50 años, con un enfoque clínico. Realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. La muestra estudiada estuvo conformada por 75 féminas cuyas edades eran menores 50 años y cuyos diagnósticos era cáncer mamario invasivo. Obteniendo como resultados que en un gran porcentaje (88.0%) presentaron edad entre los 35 y 49 años, el 17.3% presentó antecedentes familiares y el 94.7% gestaron una sola vez. Llegando a la conclusión que estas féminas presentaron una caracterización que las predispuso a padecer de este carcinoma; como la edad, mala historia familiar y mala historia obstétrica.

Bazán M. ⁽⁸⁾ (Cajamarca, Perú – 2017); desarrolló un trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo en mujeres tamizadas para cáncer de mama en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente Cajamarca,

2015”. Es un trabajo epidemiológico, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y correlacional. Cuyo objetivo principal es determinar cómo se relacionan los factores de riesgo y el carcinoma mamario en las féminas en estudio para detectar así esta patología en el Preventorio Oncológico en el año 2015. La mencionada investigación está conformada por 40 historias clínicas de las féminas que son atendidas en dicho nosocomio.

Se concluyó que el carcinoma mamario ductal invasivo es el de mayor incidencia, además de existir estrecha relación entre los factores que pueden y no ser modificados. Dentro de los factores que no pueden modificarse se halló antecedentes de familiares con historia de carcinoma mamario, menarquía menor a los 12 años, antecedentes de enfermedad mamaria benigna, inicio de la menopausia mayor a los 50 años y edad de la paciente. En cuanto a los factores que pueden ser modificados se halló: la no realización del autoexamen mamario todos los meses, hábitos nocivos, el sobrepeso y obesidad, no realización de ecografías de mamas oportunamente, consumir por un tiempo mayor a 5 años terapia hormonal, no tener hijos y no acudir al ginecólogo una vez al año.

Loyaga J. ⁽⁹⁾ (Trujillo, Perú – 2017); realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento y prácticas preventivas del cáncer de mama en madres de familias de la institución educativa Pedro Mercedes Ureña”. Cuyo objetivo fue lograr determinar el conocimiento y las prácticas que poseen las mujeres estudiadas, la relación existente y como las predispone a padecer dicha patología.

Se realizó mediante un estudio de tipo analítico, usando un diseño correlacional, cuya muestra a estudiar estuvo conformada por 146 féminas. Logrando obtener como resultados que el 85.2% de las féminas presentó un alto nivel de desconocimiento ante el carcinoma mamario, el 12.8% regular nivel de conocimiento y apenas un 2.0% un correcto nivel de conocimiento. Asimismo, se determinó que el 83.2 % realizó un mal uso de las prácticas preventivas, deduciéndose que existe relación entre el nivel de conocimiento y las practicas preventivas del carcinoma mamario.

Zela P. ⁽¹⁰⁾ (Puno, Perú – 2017); realizó un estudio de investigación titulado “Conocimientos y Prácticas sobre autoexamen de mama que presentan las mujeres del Establecimiento Penitenciario de Lampa”. El objetivo de esta investigación fue dar a conocer el conocimiento y las prácticas como prevención, que realizan las mujeres de dicho lugar respecto al autoexamen mamario. Cuya metodología empleada fue de tipo descriptivo, cuya muestra de estudio estuvo conformada por 118 mujeres. Obteniendo como resultado que el 61.0% no presenta conocimientos correctos sobre la forma adecuada del autoexamen mamario y el 60.0% poseen desconocimiento del cáncer mamario; en cuanto, a las prácticas del autoexamen el 74.0% no se realiza el autoexamen. Se llegó a la conclusión que las féminas del estudio presentan un nivel deficiente del conocimiento del autoexamen mamario, al igual que la práctica de la misma.

Rivera J. ⁽¹¹⁾ (Lima, Perú – 2018); realizó un estudio titulado “Características no modificables de cáncer de mama en pacientes de 25 a 55 años

del Servicio de Ginecología del Hospital de Vitarte en el período enero a octubre del 2017”. Cuyo objetivo principal fue describir las características no modificables de cáncer de mama en las pacientes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte en el año 2017. El diseño metodológico estuvo enfocado en un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 80 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que acuden al servicio de ginecología del mencionado nosocomio.

En dicho estudio se obtuvo que el mayor porcentaje de mujeres tenía la edad comprendida entre los 25 a 55 años de edad, con un porcentaje de 52,5 % que representa el mayor grupo de mujeres de más de 45 años que presentó la patología en cuestión, el 72,5% de estas pacientes no contaba con antecedentes familiares de cáncer de mama, un 48,8% de las pacientes son de raza mestiza, seguidas de las de raza blanca (43,8%), además se encontró que el 32,5% de las pacientes con cáncer de mama no habían tenido un período de lactancia materna y un 66,3% que eran nulíparas, características en las cuales se centró la presente investigación.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Castillo I. ⁽¹²⁾ (Cartagena, Colombia – 2016); realizó un estudio de investigación titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural”. Cuyo objetivo principal era identificar el conocimiento, prácticas y las actitudes que presentan las féminas en estudio. Usando una metodología de estudio descriptivo, cuyo tamaño de

muestra es de 779 mujeres de la zona rural. Obteniéndose de resultados que el 73.0 % conocen la técnica correcta para realizarse el autoexamen mamario y el 77.8% reconocen la importancia de la práctica del autoexamen mamarios. Se concluyó que las mujeres en estudio han recibido la información necesaria sobre la técnica adecuada para realizarse el autoexamen de mama.

Reyes D, Cruz A, Jaimes E. ⁽¹³⁾ (Distrito Federal, México – 2016); cuyo trabajo de investigación está titulado “Prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal y el porcentaje de grasa en pacientes con Cáncer de Mama”. Cuyo objetivo general fue determinar cómo influye el sobrepeso y obesidad ante la patología estudiada. El estudio de investigación fue prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. La investigación presentó un tamaño muestral de 160 féminas diagnosticadas con cáncer mamario. Los autores llegaron a la conclusión que la mayoría (25.63%) presentó obesidad grado I; así como, el 81.25% presentó un porcentaje de grasa muy alto. Concluyeron que la mayoría de mujeres en estudio presentan sobrepeso y exceso de grasa saludable, por lo cual atribuyeron que estos indicadores estudiados son predisponentes a padecer el carcinoma mamario.

Reyes E. ⁽¹⁴⁾ (Quito, Ecuador – 2017); realizó un estudio titulado “Nivel de Conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama de usuarias de 19 a 49 años atendidas en el hospital Matilde Hidalgo de Procel y Hospital Mariana de Jesús en el año 2017”. Cuyo objetivo principal era lograr

identificar la relación existente entre los factores de riesgo y el conocimiento sobre las medidas preventivas con el desarrollo del carcinoma mamario. Usando un estudio de tipo descriptivo y analítico, cuyo tamaño muestral fue de 120 féminas. Se obtuvo como resultado que el 66.0% de mujeres en estudio refiere desconocer las manifestaciones clínicas del carcinoma mamario, el 68.0% refiere conocer las medidas preventivas, la edad promedio de aparición de la enfermedad fue de 30 a 45 años y el 71.0% no presentó antecedentes familiares. Se concluyó que las mujeres en estudio poseen factores de riesgo para poder desarrollar esta patología; además, de poseer un nivel medio de conocimiento.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Factores de Riesgo.

Cuando hablamos de la terminología mencionada se habla de la posibilidad de que un suceso no deseado se realice. Epidemiológicamente podemos definir al riesgo como la posibilidad de que humanos sin enfermedad, estén predispuestos a padecer factores que puedan llevarlos a adquirir patologías; estos últimos se les conoce como “factores de riesgo”. Contrariamente, hay factores que confieren al organismo la capacidad de protegerse contra la adquisición de determinada enfermedad, y son los llamados factores de protección. La interacción entre los factores de riesgo y de protección a que las personas están sometidas puede resultar, o no, la reducción de la probabilidad de que enfermen ⁽¹⁵⁾.

Factores de riesgo puede referirse de manera general a los motivos que predisponen a las personas a padecer o no de una patología. Al hablar del carcinoma mamario existen 3 factores de riesgo que deben considerarse como: bajo, medio y alto. Así mismo, existen diversos tipos de factores de riesgo como la edad o raza que no pueden modificarse, otros que guardan relación con el medio en que vivimos; por otro lado, están aquellos que podrían cambiarse con buenos hábitos que tome la persona, esos son el fumar, tomar alcohol y la alimentación. Cabe mencionar que algunos factores influyen sobre manera aumentando el riesgo de otros, ya que tienden a ser inevitables como el envejecimiento y los estilos de vida ⁽¹⁵⁾.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), conceptúa a factores de riesgo como las características o predisposición que puede presentar alguna persona que aumenta la posibilidad de padecer algún tipo de patología. Dentro de los más resaltantes están las relaciones sexuales riesgosas, presión alta sobre todo los hipertensos, los hábitos nocivos ⁽¹⁶⁾. Según Feinholz y Ávila conceptualizan al riesgo como la vulnerabilidad de las personas de una ubicación específica para promover una patología específica pudiendo estar sin padecerla previamente, o que esta fallezca en una cronología establecida o a cierta edad. También hacen mención que hay factores de riesgo que pueden ser modificados, comparándolos con aquellos que resulta irreparable hacerlos, ya

que desde que aparecen no se puede controlar el efecto que podría generar en el individuo ⁽¹⁷⁾.

2.2.1.1. Factores de riesgo no modificables.

Existen características que son de riesgo que no pueden ser modificados ni mucho menos ser evitadas y pueden conllevar a duplicar el riesgo para que se genere la enfermedad y entre ellos tenemos ⁽¹⁸⁾:

2.2.1.1.1. Edad.

El 80% de los casos de carcinoma mamario ocurre en las féminas de grupo etáreo superior a los cincuenta años. A partir de los 70 años esta frecuencia se eleva; así mismo se hace referencia que al llegar a los ochenta años la probabilidad es de una por cada diez féminas; esto es contrario a los treinta años, donde la probabilidad es de una fémina por cada dos mil quinientos. Podemos deducir ante lo expuesto que a mayor edad mayor riesgo de padecer el carcinoma. Cabe resaltar que a partir de los treinta años la prevalencia de esta patología se eleva sobremanera, a excepción de una meseta que se da entre el grupo etáreo 45-50 años ⁽¹⁸⁾.

2.2.1.1.2. Raza.

Las féminas con tez blanca, grupo en el que podemos incluir a las del continente americano, presente un riesgo superior a las de tez oscura de padecer carcinoma mamario. Sin embargo; los diferentes estudios realizados nos permiten concluir que la mortalidad en cuanto al factor raza no es del todo concluyente, ya que este siempre debe ir ligado

a otros factores sociales como la poca disponibilidad a servicios de salud, los decadentes estilos de vida sana y la economía disminuida ⁽¹⁸⁾.

2.2.1.1.3. Sexo.

El sexo femenino sin duda es el mayor predisponente a padecer de este carcinoma mamario; esto no excluye a los varones, pero el riesgo aumenta cien veces más en las féminas. Podríamos explicar este fenómeno a la presencia de las hormonas propias de las mujeres (estrógeno y progesterona) que favorecen al desarrollo celular de esta patología ⁽¹⁹⁾.

2.2.1.1.4. Presencia de genes específicos.

Existen algunas mutaciones de genes que elevan la predisposición de padecer esta patología, esto es de carácter hereditario. Existen registro del desarrollo de esta patología por herencia en un 5% hasta 10% en la totalidad de los carcinomas mamarios ⁽²⁰⁾. Si los genes de algunas féminas sufren cambios esto genera mayor predisposición a generar carcinoma mamario. Dentro de la gama de genes heredados que permiten el desarrollo del carcinoma mamario los principales son el BRCA-1 y BRCA-2. Aquellas féminas que poseen cualquiera de los anteriormente mencionados genes poseen una predisposición de cincuenta y noventa por ciento mayor al carcinoma mamario ⁽²⁰⁾.

2.2.1.1.5. Historia personal.

Una fémina que haya padecido de carcinoma mamario posee un alto grado de predisposición a volver a padecerlo en el mismo lugar u otro, incluso el riesgo se ve aumentado en un cincuenta por ciento de

que este se desarrolle en la mama opuesta. Por otro lado, si presenta antecedente de otro tipo de carcinoma (endometrio, ovarios, colón, entre otros), ello también trabaja como elevar del riesgo al desarrollo del carcinoma mamario ⁽²¹⁾.

2.2.1.1.6. Historia familiar.

Los antecedentes familiares del carcinoma mamario elevan sobremanera el riesgo de padecer dicha patología. El simple hecho de poseer madre, hermana o hija que posea dicha patología eleva el riesgo de padecerlo. Aunque existen factores que pueden ser considerados de no mucha afectación; por ejemplo, si existe un familiar femenino de primer grado de consanguinidad (madre, hermana o hija) que padezca de esta patología, este es un factor será considerado como moderado. Más, si hay 2 o más miembros de la familia con antecedente de carcinoma mamario, el riesgo es aumentado de manera resaltante; más aún, si el familiar mencionado anteriormente padeció del carcinoma antes de llegar a la menopausia o que haya afectado de forma bilateral, este riesgo aumenta aún más ⁽²²⁾.

2.2.1.1.7. Enfermedades previas de la mama.

Las féminas que posean mastopatías crónicas tienen 4 veces más riesgo que las que no. Ante ello, se puede decir que el aumento del riesgo es mayor en las féminas con lesiones epiteliales de tipo hiperplasia atípica lobulillar. Sin duda, presentar mastopatías son un indicio pre-maligno. Se debe mencionar que el haber tenido una enfermedad benigna mamaria eleva el riesgo de forma moderada; aunque, si existe antecedente de

biopsia atípica o familiar con carcinoma mamario este aumenta ⁽²³⁾.

2.2.1.1.8. Menarquia temprana/ Menopausia tardía.

Cuando el periodo reproductivo en las mujeres es extenso, superior será la exposición de contraer dicha enfermedad mortal como es el cáncer mamario. Las féminas que poseen periodos catameniales son ampliamente expuestas a desarrollar tumoraciones malignas. Las damas presentaron más periodos catameniales a causa de que iniciaron a menstruar precozmente, anticipadamente a los 12 años, y que percibieron tardíamente la última menstruación, luego de los 55 años, poseen un peligro ligeramente superior de sufrir cáncer en una de las mamas o en ambas ⁽²⁴⁾.

Este incremento de riesgo se debe porque se estuvo expuesto de forma continua a las sustancias como son los estrógeno y progesterona; es decir, las niñas que tuvieron una fase menstrual precoz o las mujeres que concluyeron después del tiempo o años la menstruación. Según lo anterior, estas féminas son las que más riesgo tienen de padecer esta enfermedad, por eso es de vital importancia tener conocimientos sobre este tema, y de la prevención de la patología ⁽²⁵⁾.

2.2.1.2. Factores de riesgo modificables.

Existe una gama de circunstancias de peligros que pueden llegar a modificar, y consistirá en adoptar medidas saludables para reducir el riesgo y así de esta manera cooperar a la reducción de la exposición del cáncer en las mujeres y estos son ⁽²⁶⁾:

2.2.1.2.1. Número de Embarazo y tiempo de Lactancia.

El hecho de no presentar una gestación, incrementa el peligro de adquirir de cáncer mamario. Contar con una gestación, disminuye la cifra total de etapas menstruales en las féminas, por lo cual del mismo modo disminuye el riesgo a la patología en estudio. Las féminas sin descendencia o que cuentan con un hijo luego de los 30 años poseen un peligro de desarrollar tumoraciones malignas en la glándula mamaria ligeramente superior. Tener gemelos o mellizos y presentar una gestación a temprana edad disminuye el peligro de cáncer. Esto porque por cada hijo que tienen las mujeres disminuye el riesgo del carcinoma mamario; entonces entre menos partos o embarazos tenga la mujer, superior son las posibilidades de tumoraciones perjudiciales en una mujer ⁽²⁵⁾.

2.2.1.2.2. Historia de aborto.

En ocasiones, una fémina experimenta un aborto involuntario antes de las 13 semanas de gestación. Estos abortos naturales multiplican el riesgo de padecer cáncer en la glándula mamaria, ya que se asocian a los insuficientes niveles de estradiol que no generan el desarrollo mamario. No obstante, abortos que se produce naturalmente en la segunda mitad del embarazo puede intensificar el peligro. Un aborto que se produce espontáneamente a inicios de la gestación puede estimular las glándulas mamarias, elevando el riesgo de producir carcinoma mamario. En relación al tiempo, se puede decir que cuando una fémina está en gravidez produce que el valor de los estrógenos en el 1° y 2° trimestres aumente, provocando el desarrollo de células tipo 1 y 2 en los senos ^(27,28).

2.2.1.2.3. Uso de anticonceptivos orales.

Las tabletas como anticonceptivos son muy empleadas por las jovencitas. En una indagación se informó que las féminas que emplearon píldoras anticonceptivas antes de cumplir con la mayoría de edad, ampliaron su riesgo incluso hasta 10 veces de generar un tumor en la mama, que posterior se podría volver cáncer puesto que en mayor duración de la utilización mayor será la exposición. Estas sustancias anticonceptivas duplican el riesgo al ser ingeridas de forma oral, mediante una inyección, colocadas en el brazo como implante, sobre la piel como se colocan los parches, con la introducción de un anillo hasta el fondo vaginal, o por último con el DIU. Sin embargo, las tabletas de dosis reducidas de estradiol son participe de un elevado riesgo del desarrollo de cáncer de seno ⁽²⁷⁾.

Los nombrados “anticonceptivos de emergencia”, o “píldora del día siguiente”, son una mixtura de elevadas cantidades de los mismos esteroides artificiales que se localizan en las píldoras que se toman de forma oral habitualmente. No obstante, “solo progestinas”, como en la ocasión de las ampollas que se administran cada 3 meses, están asociadas con el alza del riesgo de esta mal mortal enfermedad; por lo cual se pretende que, los anticonceptivos de emergencia, solo deben ser ingeridos en ocasiones de emergencias. Es inverosímil manifestar que el empleo eventual se interpretará en un incremento significativo en donde genera exposición de esta afección en la mama ⁽²⁹⁾.

2.2.1.2.4. Uso de terapia hormonal sustitutiva (TH).

El producto empleado como terapia hormonal de reemplazo y su relación con la forma cancerígena desarrollada en la mama está dirigida bajo lo siguiente; luego de la etapa menopaúsica, en el punto que las gónadas femeninas dejan de originar hormonas como los estrógenos y la progesterona, sin duda la mujer que ingiere 'sólo estrógeno' como TH de reemplazo, (regularmente una mixtura proveniente natural de los estrógenos), con la carencia de progesterona de las gónadas en las féminas, es limitado o escaso el incremento del riesgo para padecer cáncer en las zonas de la glándula mamaria. Sin embargo, el estradiol sólo, se comporta como una sustancia en el útero y eleva el riesgo de originar cáncer a nivel del endometrio, motivo por la cual particularmente se indica en mujeres que se han realizado histerectomía ⁽²⁷⁾.

En el momento en que el útero todavía está presente, diversos doctores indican TH de reemplazo variada, que incluso contienen una progestina artificial. La TH de reemplazo mixta empequeñece el riesgo padecer de cáncer en la mucosa endometrial, pero extiende el riesgo de intensificar las formas cancerosas en la mama, tal como lo originan anticonceptivos que están a base de hormonas. Es trascendental conocer que la hormona femenina que es el estrógeno se comporta como mitógenos precoces en las féminas posean anormalidades precancerosas, aun no halladas en sus senos. La utilización de la TH de reemplazo puede incitar que células disformes proliferen y se hagan superficial,

puntualizando significativamente la disposición del cáncer en cuestión de tiempo ⁽²⁸⁾.

2.2.1.2.5. La obesidad.

El eminente empleo de grasas provenientes de los animales y saturadas en común, peculiar de territorios industrializados de occidentes, el cual alberga una colosal estimación en la mayor morbilidad de tumoración en la zona de las mamas, en particular posteriormente a la etapa menopaúsica, siendo elementos sustanciales de peligro mó dico. El colesterol alterado se comporta como un pionero de asimilación de hormonas. El estradiol que son reservados en el compuesto graso corpóreo y la grasa dietaria intensifican la hormona prolactina, que es estimulada por la hipófisis, con lo que amplía la producción de estradiol ^(27,30).

Clasificación de la adiposis conforme el IMC ⁽³⁰⁾.

Grados de la obesidad	Índice de Masa Corporal
Sobrepeso	25-29,9
Grado I	30-34,9
Grado II	35-39,9
Grado III	>40

2.2.1.2.6. Consumo de Alcohol.

En medio de mecanismos carcinogénicos propio, enfatizan la elevación de niveles de los estrógenos y los andrógenos en las féminas que ingieren alcohol recurrentemente, de ser así la competencia que muestra el tejido en la zona de la mama (idéntico al hepático) de modificarlo en acetaldehído y radicales libres; el acetaldehído posee competencia de provocar mutaciones, aminorando la protección celular en oposición de las transformaciones oxidativas y privando de mecanismos de compensación en el ADN; por otro lado, los radicales libres, que son partículas que no son estables y que provocan oxidación en las células y, en exceso, dominan el cambio en el ADN celular, imposibilitando la sustitución celular y su normal operatividad ⁽³¹⁾.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, establece como consumo nocivo ingerir, en el consumo medio regular 40 gramos de bebidas alcohólicas en las féminas, siendo una bebida modelo en la que contiene 13 gramos de alcohol (lo ejemplifica con 330 ml de una cerveza en concentración de 5 por ciento o 40 mili-litros de bebidas alcohólicas) ⁽³¹⁾.

2.2.1.2.7. Consumo de Tabaco.

Con relación al tabaco hay investigaciones con un resultado desigual sobre nicotismo funcional y el inactivo, y su conexión con el carcinoma mamario; se dispuso reunir un panel de especialistas, dando como resultado en los análisis que un cigarro contiene hasta 20 agentes carcinogénicos y que afectan a la mama. Asimismo, se determinó que a

menor sea la edad del inicio de la rutina de fumar, superior será la cifra de cigarrillos en un año y mayor será la cifra en cuanto a la edad de las que fuman de manera activa para que pueden duplicar el riesgo de una forma inexplicable ocasionando cáncer en el seno en un 15 y un 40 % tanto en la etapa antes de la menopausia como posterior a ella, así como la posible relación de la adicción pasiva en jóvenes con el cáncer antes de producirse la menopausia, pero no visible en la postmenopáusia ⁽³¹⁾.

2.2.1.2.8. Situaciones de Estrés.

En diversos análisis se están investigando si los individuos con tumoración perjudicial percibieron mayor estrés en los años preliminares al diagnóstico o si era más verosímil que los individuos que percibían estrés desarrollaran este mal. Por lo cual ha surgido una débil relación entre el estrés, el sistema inmune y la afección del cáncer. Se dice que el estrés crónico produce que las células pre-cancerosas produzcan proteínas que van deprimir el sistema inmune, generando de esta manera que el cuerpo no esté alerta ante sus amenazas ⁽³⁰⁾.

2.2.1.2.9. Exposición a Radiaciones.

Es la radiactividad de alta frecuencia que tienen fuerza idónea para suprimir a un electrón de una partícula o molécula. La clase de radiación ionizante incluyen los rayos Gamma, como los rayos X, diversos rayos UV de alta energía y ciertas partículas subatómicas tales como las partículas alfa y los protones. Sin embargo, gran parte de los investigadores y agencias reguladoras establecen incluso que mínimas dosis de radiación ionizante pueden acrecentar el riesgo de adolecer un

cáncer, aun cuando se presente en una pequeña proporción ⁽³¹⁾.

Normalmente, el peligro de sufrir una afección maligna por estar expuesto a los rayos se incrementa según la cantidad se va elevando la exposición. De igual forma, si es mínima la exposición, insignificante es el acrecentamiento del peligro. No obstante, no se halla un comienzo límite del cual se estime que la radiación ionizante es totalmente segura ⁽²⁶⁾. Las personas propensas a rayos ionizantes en edad prematura como se da en el caso del tratamiento de linfoma de Hogdkin, o que vivieron después de una bomba atómica o eventualidades nucleares se vinculan con mayor peligro de cáncer de glándula mamaria; las edades más propensas se dan en 10 y 14 años, pero este peligro se percibe en féminas descubiertas en edad posteriores de los 45 años ⁽³²⁾.

2.2.2 Teorías del Conocimiento

Estas teorías nos hablan del pensamiento crítico y el proceso de recolección, de información, de conocer como adquirimos el conocimiento del mundo ya que es un intento intelectual de describir la manera en la que obtenemos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado; es decir, es el reflejo del mundo exterior en la mente del ser humano. Definido como un conjunto organizado de información y datos que permiten tomar una decisión o resolver un determinado problema, siendo una relación directa entre el objeto de aprendizaje y el sujeto que aprende ⁽³³⁾. Todo ello se trata de explicar a través de las diferentes teorías.

2.2.2.1.1. Teoría constructivista.

El conocimiento entre un sujeto cognoscente y un objeto por conocer se puede establecer desde la razón y/o los sentidos; por tal motivo el conocimiento no se descubre; sino que se construye con las vivencias del día a día, donde la persona lo construye a través de su forma de actuar, pensar, imaginar y finalmente razonar ⁽³⁴⁾.

2.2.2.1.2. Teoría del racionalismo.

La principal fuente del conocimiento de una persona está en la razón en su pensamiento. Siendo este tal cual cuando posee consistencia lógica y validez universal. Es decir, cuando nuestra razón estima que una cosa es como es y no puede ser de otro modo es aquí donde estaremos ante un conocimiento real ⁽³⁴⁾.

2.2.2.1.3. Teoría del relativismo.

Solo hay verdades en relación a una humanidad determinada. Esta teoría afirma que, no existe la verdad absoluta universalmente válida. Siendo las verdades relativas las que tienen niveles de certidumbre muy restringidas, la verdad cambia en tiempo, espacio y circunstancias ⁽³⁴⁾.

2.2.2.1.4. Teoría del dogmatismo.

Es una visión que basa una relación entre la confianza total y absoluta con la razón humana, la cual no ha sido debilitada por la duda o incertidumbre. Según Kant el dogmatismo es la conducta dogmática de la razón pura, que no formula la crítica de su propio poder, el sujeto sí aprende realmente del objeto ⁽³⁴⁾.

2.2.2.1.5. Teoría del empirismo.

La única fuente del conocimiento humano está en la experiencia vivida. La conciencia acerca de lo conocido y vivido se estructura en torno a la experiencia humana directa, más que a la razón ejercida como reflexión en relación a lo que se conoce ⁽³⁴⁾.

2.2.3. Conocimiento de medidas preventivas.

El conocimiento es el almacenamiento de datos, obtenido de manera objetiva o experimental, el cual debe utilizarse para evitar afecciones malignas como es el cáncer de mama ⁽³⁰⁾.

2.2.3.1. Conocimiento sobre prevención de cáncer.

Hoy en día se ha evidenciado resultados positivos en la precaución frente al carcinoma mamario con diagnóstico adecuado que otorgue una terapia adecuada en una situación precoz de la afección. La evolución de la mamografía es un punto clave, apoyada con un examen clínico de un experto y el autoexamen para descubrir a tiempo cuando este en etapas precoces los estadios de cáncer mamario ⁽³⁰⁾.

Realizar todas estas medidas dan una gran posibilidad de descubrir en etapas tempranas el cáncer. La localización prematura del cáncer mamario lleva a que el tratamiento sea factible y sencillo. Por eso, se sabe que a 90 féminas de un grupo de 100 mujeres a las cuales descubrieron el cáncer en la zona de la mama precozmente serán curadas. Por esta razón es de mayor valor

que toda la población femenina tenga y utilice apropiadamente los conocimientos sobre prevención del cáncer en las mamas, en otras palabras, permitirán distinguir anomalías, señales de alarma etc. y se hallaran presentes constantemente para dirigir sus actos, así como la autoexploración mamaria, las citas con un experto y los exámenes mediante mamografías ⁽³⁰⁾.

2.2.3.2. La autoexploración de mama como medida preventiva.

El examen que se realiza la propia mujer todos los meses es muy sencillo, sin costo y no es agresivo; además, es excelente medio porque es ejecutado por la población femenina. El examen de la glándula mamaria es realizado por la propia mujer y no es considerado como procedimiento de detección para aminorar los casos de fallecimientos por males de mama, no obstante, su entendimiento guía a una diagnosis precoz, particularmente en naciones con limitados medios económicos que carecen de ambientes idóneos para el cribado de toda la población con exámenes de mamografía ⁽³⁵⁾.

FEFOC (Fundación para la Educación Pública y la Formación Oncológica Continua) ha interpretado y precisado el libro "What you need to know about breast cancer" con el consentimiento del Instituto Nacional del Cáncer de los EE. UU y menciona que es sustancial mencionar que la glándula mamaria de cada mujer es distinta y encima se modifica a casusa de la edad, en el ciclo menstrual, gestación, etapa menopaúsica, o la ingesta de anticonceptivos tanto orales como hormonales ⁽³⁵⁾. Es frecuentemente que la glándula mamaria se encuentre edematizada y delicada antes o durante el periodo menstrual. La población femenina está obligada en asesorarse con su

personal de salud ante modificaciones que perciba en la zona de las mamas particularmente si es encontrado en el autoexamen de la glándula de la mama. Una vez más, se tiene que tener presente que en la población femenina cuando se tiene más de 50 años, la exploración propia que se realizan las mujeres no suplanta a la mamografía ⁽¹⁹⁾.

Por esta razón, se sugiere comenzar la autoexploración mensualmente de la glándula mamaria desde los 20 años. Es un procedimiento muy eficaz la autoexploración mamaria, que reside en descubrir irregularidades en la estructura de las mamas con el objeto de encontrar alguna variación que pueda originarse en maligno como: un abultamiento o volumen en la glándula mamaria o en la región axilar, una alteración en la dimensión o estructura de la glándula mamaria, un fluido líquido por medio del pezón y una modificación de la coloración o la susceptibilidad en la piel que cubre a la mama, la areola, o una retracción del pezón ⁽³⁶⁾.

La población femenina que se percate de alguna modificación debe concurrir a su especialista. Sin embargo, la presencia de alguna modificación no es definitivo que sea un cáncer, pero sólo un especialista podrá garantizar el diagnóstico ^(30,38). El autoexamen de mama deberá realizarse meticulosamente cada mes, con el fin de habituarse con sus mamas, para detectar variaciones que pueden exhibirse entre un mes y otro. De primacía, se debe efectuarse entre el 3° y el 5° día subsiguiente a la menstruación, dado que la ocasión en la dimensión de la mama es pequeña y su nodularidad

cíclica es insignificante. Las féminas que se encuentra en el periodo de la menopausia optarán por un día fijo del mes ^(37,38).

2.2.3.3. El examen clínico como medida preventiva.

Es el análisis que el especialista lleva a cabo en las mamas. La exploración clínica de la glándula mamaria resulta provechosa para el diagnóstico precoz del cáncer en una etapa donde no presenta síntomas en la región glandular a pesar de no tener con el tamizaje mamográfico. Hasta el momento no se disponen con cifras que ratifiquen a la exploración clínica en la región de las mamas como procedimiento idóneo y fidedigno para el diagnóstico pertinente del cáncer mamario, por esta razón, a fin de análisis se realizará dicha técnica ^(30,38).

En la palpación el especialista es probable que requiera que la paciente eleve sus brazos por encima de su cráneo, colgando ambos lados y que comprima sus dos manos contra las caderas. Se busca observar desigualdad de la dimensión o volumen presentes en las dos glándulas mamarias. Examina tanto la piel de cada mama averiguando alguna erupción, hoyuelos u otros signos de anormalidad. Es factible que comprima los dos pezones para verificar la presencia de algún fluido, para lo cual se dispondrá de las yemas de los dedos para percibir abultamiento en la glándula mamaria, en la axila y en la zona de la clavícula. Normalmente, un abultamiento necesita ser de la dimensión de una legumbre para poder notarse ^(30,38).

2.2.3.4. La mamografía como medida preventiva

Es un examen particular de la mama, tecnología que permite conseguir imágenes de las mamas el cual descubre lesiones que aún no son palpables y respaldar el diagnóstico de tumoraciones percibidas. Al llevarse a cabo un examen mamográfico en féminas asintomática, se denomina cribaje. Aún cuando la mamografía no puede hallar todos los tipos de cánceres producidos en la mama, hoy en día es el mejor instrumento de detección temprana del cual se dispone. Las investigaciones efectuadas corroboran que la ejecución de mamografías ordinariamente (no sólo una vez) rescata vidas en féminas mayores de 50 años. Entre los más experimentados en estos temas hay disconformidades sobre la precisión de los rayos x en las mamas de menos de 50 años ^(30,38).

En el examen mamográfico, se maneja un nivel mínimo de radiación en el cual se efectúan dos radiografías, una de lado y otra desde arriba, esta tiene que ser ajustada entre dos placas para que la imagen sea concisa. Dicho de otra manera, resulta un poco fastidioso, pero solo dura algunos minutos. En otras circunstancias, las mamografías señalan tumores iniciales antes de presentar síntomas o que puedan ser percibidos. Una mamografía expone incluso acumulación de calcio en la zona de la mama. Aun cuando la mayor parte del almacén de calcio son benignos, el aspecto de un grupo de mínimos agrupaciones de calcio puede ser un indicativo anticipado de afección maligna ^(30,38).

2.3. Marco teórico conceptual

2.3.1. Cáncer de mama.

El carcinoma mamario es el desarrollo anormal y sin control de las células benignas de la glándula mamaria que provoca que estas se transformen en malignas, esto se debe a mutaciones o alteraciones genotípicas. Lo anteriormente mencionado genera tumoraciones que se pueden ser prevenidas mediante la palpación gracias al autoexamen mamario o la prueba de screening que es la mamografía. El carcinoma mamario puede proceder de distintos tejidos que conforman la glándula mamaria en su totalidad ⁽³⁹⁾.

2.3.1.1. Signos y síntomas.

El ochenta por ciento de los carcinomas mamaros son detectados mediante la palpación de la misma fémina de un bulto. Un porcentaje pequeño de féminas presenta dolor sin presencia de masa en la mama. Por otro lado, es muy común hallar mediante la palpación de la mama tejido del pecho distinto en cuanto a continuidad. En el caso de los carcinomas mamaros de mayor avance o invasivos; estos, presentan una masa fijada, con presencia de nódulos o ulceraciones en la piel. El presentar nódulos axilares fijos o supraclavicular o infra clavicular, significa que al realizar una cirugía esta tiene poca posibilidad de erradicar la patología ⁽⁴⁰⁾.

2.3.1.2. Tipos de cáncer de mama.

El Diccionario de la Sociedad Americana del Cáncer presenta una clasificación del carcinoma mamario ⁽⁴¹⁾:

2.3.1.2.1. Carcinoma ductal in situ.

Carcinoma originado en los conductos mamarios, específicamente en las células de este y que ingresa mediante los conductos hasta los tejidos. No obstante, este tipo de carcinoma presenta un gran pronóstico; ya que, puede curarse mediante cirugía, seguido de radioterapia ⁽⁴¹⁾.

2.3.1.2.2. Carcinoma ductal invasivo.

Tipo de carcinoma cuyo origen se da en los conductos de la mama y que invaden la pared del conducto y el tejido adiposo del mismo. Si el carcinoma llega a este nivel puede convertirse y hacer metástasis por toda la mama e incluso todo el cuerpo a través del sistema linfático. Se debe mencionar que el 80% más común de malignidad es del tipo cáncer ductal invasivo ⁽⁴¹⁾.

2.3.1.2.3. Carcinoma lobulillar invasivo.

Carcinoma que nace en las glándulas mamarias que generan leche, nos referimos a los lobulillos; además, que invade a los tejidos cercanos del seno. En la mayoría de los casos es poco detectable mediante la palpación; asimismo también mediante la mamografía ⁽⁴¹⁾.

2.3.2. Niveles de prevención.

Toda actividad de los servicios de salud y con ello de los profesionales de salud, que busca reducir el padecimiento de la población y lograr una buena salud en los pobladores. Por eso se centra en todas las acciones que permitan principalmente prevenir enfermedades ⁽⁴²⁾.

Ante lo expuesto, Leavell y Clark presentan una clasificación de la prevención ⁽⁴³⁾:

2.3.2.1. Prevención Primaria.

Engloba promocionar la salud y protección de la población. Las acciones buscan direccionar a los pobladores vulnerables a protegerse de todo aquello que genere patologías o deteriore la salud. Aquí encontramos algunas acciones como: mejora en el aspecto económico y social de los individuos, campañas de salud, difusión de acciones sobre el autocuidado, educar a la población sobre factores de riesgo, vigilar y controlar, adecuar el ambiente para un mejor cuidado del agua y control de los desechos y buscar la accesibilidad para protegerse de forma específica mediante las vacunas ⁽⁴³⁾.

2.3.2.2. Prevención Secundaria.

Compuesta por diagnóstico temprano, tratar oportunamente al paciente y disminuir el daño en el mismo. Centrada en dar solución a los problemas en salud, enfocándose en sus inicios y buscando que se compliquen y que eso conlleve a una disminución de la calidad de vida. Aquí encontramos actividades como: buscar y captar usuarios para vigilar y controlar sus riesgos, atenciones médicas oportunas, solicitar análisis de laboratorio u otros procedimientos para

diagnosticar, tratar problemas de manera oportuna y que sea el más adecuado para mejorar los problemas de salud ⁽⁴³⁾.

2.3.2.3. Prevención Terciaria.

Este nivel se da cuando ya la persona se encuentra con la enfermedad, el objetivo es disminuir los efectos de esta, evitando las secuelas y su permanencia de las mismas en el organismo, además de muertes precoces, todo lo mencionado a través de la solución de las necesidades relacionándolas con su entorno; también está compuesta por la rehabilitación del cuerpo, psiquis, ambiente social y laboral ⁽⁴³⁾.

III. HIPÓTESIS

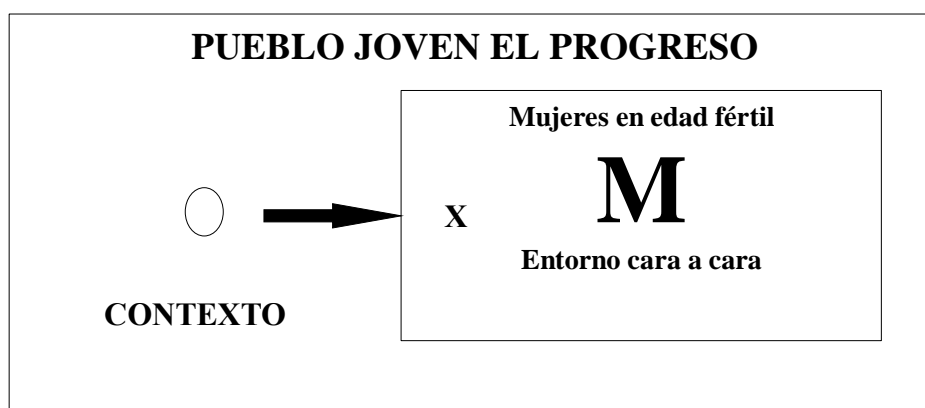
El estudio de investigación no presenta hipótesis por ser de nivel descriptivo; en la que se describe las variables; no pudiendo estas cambiarse, ya que se hallan de forma descrita, para ello no se formula del mismo ⁽⁴⁴⁾.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación

Nivel de estudio descriptivo, en el cual los planteamientos a investigar fueron específicos y delimitados desde el inicio del estudio permitiendo medir y evaluar datos los cuales son utilizados para probar hipótesis para implantar modelos de comportamientos y demostrar teorías. De **tipo cuantitativo**, porque se recolectó la información haciendo uso de bases numéricas y análisis estadísticos. El diseño del estudio fue **no experimental** ya que no se manipuló las variables y se presentan tal como son en la realidad; **probabilístico de cohorte transversal de simple casilla**, ya que se aplicó en un momento determinado ⁽⁴⁰⁾.

Esquema:



M: Mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso

O: Lo que se contempla durante el estudio.

X: Variables factores de riesgo y conocimiento de medidas preventivas.

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población.

La población total de estudio estuvo constituida por 1 352 mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El progreso, las cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. El tamaño de la población fue definido por información adquirida de los registros anuales de mujeres en edad fértil que se atendieron durante el año 2017 en el Centro de Salud del Pueblo Joven El Progreso-Distrito de Chimbote.

4.2.2. Muestra.

La muestra estuvo constituida por 148 mujeres en edad fértil del Centro de Salud del Pueblo Joven el Progreso del Distrito de Chimbote, 2017. Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizó la ecuación estadística para proporciones poblacionales. Para la selección de las unidades de análisis se aplicó el muestreo probabilístico aleatorio simple a través de la ecuación estadística para proporciones poblacionales.

Margen: 10

Nivel de confianza: 99%

Población: 1352

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times q}{E^2 \times (N - 1) + z^2 p q}$$

$$n = \frac{1352 \times 2.58^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.1^2 \times (1352 - 1) + 2.58^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{1352 \times 6.6564 \times 0.25}{0.01 \times (1351) + 6.6564 \times 0.25}$$

$$n = \frac{1352 \times 1.6641}{13.51 + 1.6641}$$

$$n = \frac{2249.86}{15.17}$$

$$n = 148$$

En donde, N = tamaño de la población, Z = nivel de confianza (2.58), P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso, E = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

La unidad de análisis son las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que residen en el Pueblo Joven El Progreso que cumplieron con los siguientes criterios:

a. Criterios de Inclusión

- Fémimas en las edades comprendidas entre los 15 a 49 años.
- Fémimas que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.
- Fémimas con situación civil diversa.

b. Criterios de Exclusión

- MEF mastectomizadas.
- MEF con tratamiento para el carcinoma mamario o que siguen el mismo.

- MEF con habilidades diferentes.
- MEF con discapacidades físicas (mental, auditiva o visual).
- MEF con variaciones genéticas como Síndrome de Down o Tharner.
- MEF con dificultades para comunicarse.

4.3 Operacionalización de variables e indicadores

4.3.1. Definición:

- **Variable 1: Factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma mamario:** Son características o predisposición que puede presentar alguna persona que aumenta la posibilidad de que las féminas desarrollen el carcinoma mamario ⁽¹⁵⁾; estos pueden clasificarse de dos modos, los modificables y los no modificables.
- **Variable 2: Conocimiento sobre medidas preventivas del carcinoma mamario:** Es aquel que se construye con las vivencias diarias y a través de la información sobre medidas preventivas del carcinoma mamario ⁽³³⁾.

4.3.2. Matriz de operalización de variables:

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Escala de Medición	Valor Final
Factores de riesgo para desarrollar carcinoma mamario.	Son características o predisposición que puede presentar alguna persona que aumenta la posibilidad de que las féminas desarrollen el carcinoma mamario ⁽¹⁸⁾ .	Presencia de factores de riesgo modificables y no modificables que tienen las mujeres en edad fértil y medidas a través de 14 preguntas cerradas y respuestas multivariadas.	Factores no modificables.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Raza blanca • Historia familiar de cáncer de mama • Historia personal de cáncer de mama • Menarquia de 9 – 12 años 	1, 5, 6,7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal • Nominal • Nominal • Nominal • Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> • > 35 años • Si=1 No=0 • Si=1 No=0 • Si=1 No=0 • Si=1 No=0
			Factores modificables	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad: Nulípara • Primer embarazo >35 años • Lactancia materna <6 meses • Uso de anticonceptivos orales • Terapia hormonal sustitutiva • Consumo de alcohol • Consumo de tabaco • IMC: 25 a 30 • Percibe estrés 	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, y 19	Nominal	Si=1 No=0
Conocimiento sobre medidas preventivas de cáncer de mama.	Es aquel que se construye con las vivencias diarias y a través de la información sobre medidas preventivas del carcinoma mamario ⁽³³⁾ .	Información que tienen las mujeres en edad fértil, las que se midieron a través de 7 preguntas cerrada con respuestas múltiple; si las respuestas son acertadas tendrán una puntuación de 0 - 4 no conocen; mientras que de 6–7 tienen conocimiento.		<ul style="list-style-type: none"> • Tumoración maligna. • Examen precoz: autoexamen, examen médico periódico, mamografía. • Autoexamen mensual. • Autoexamen una semana después de menstruación. • Consulta médica anual. • Mamografía >de 40 años. • Mamografía anual. 	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal • Nominal • Ordinal • Nominal 	Correcto=1 Incorrecto=2

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnica

Con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizará la encuesta como técnica de recolección.

4.4.2. Instrumento

En cuanto a la recolección de datos se utilizó el cuestionario titulado Instrumento de Recolección de Datos de Factores de Riesgo y Conocimientos de Medidas Preventivas del Cáncer de Mama, validado en el estudio realizado por **Sucacahua J.** ⁽⁴⁵⁾ cuyo título es **“Factores de riesgo y conocimiento de prevención de cáncer de mama - mujeres asentamiento humano Miraflores bajo-Chimbote, 2013”**, el cuestionario está dividido en tres secciones (bloques de preguntas): La primera sección difiere las características generales, incluyendo la edad, procedencia, grado de instrucción, área de ocupación y raza, con respuestas multivariadas. La segunda sección está dividida en dos partes:

La 1ª con preguntas cerradas destinadas a evaluar los factores no modificables, consta de tres preguntas: historia personal, antecedentes familiares y menstruación, todas con respuestas multivariadas.

La 2ª con preguntas destinadas a evaluar los factores de riesgo modificables, este segmento contiene 11 preguntas con respuestas multivariadas, cabe recalcar que para evaluar el estrés se aplicó independientemente el test de Likert titulado “evaluación del estrés” que contiene 12 preguntas con escala de

evaluación tipo Likert con la validez siguiente: Nunca = 0, A veces = 1, Frecuentemente = 2, y siempre = 3.

La 3° está estructurada por siete preguntas cerradas, con alternativas múltiples que mide el conocimiento que tienen las mujeres del Pueblo Joven El Progreso sobre medidas preventivas para desarrollar cáncer de mama (Anexo 1).

4.4.3. Procedimiento para la recolección de datos

Para la ejecución del estudio se realizó respetando el cronograma, inicialmente se realizó el reconocimiento de la zona en estudio, Pueblo Joven El Progreso. Luego se tomó contacto con las autoridades de la zona y personal de salud más cercano para recolectar información básica de las unidades de medida. El día de la aplicación de la encuesta se organizó a través del trabajo en equipo con 4 estudiantes que compartían el aula en estudio, previa capacitación del docente, se procedió al trabajo de campo, dicha estrategia se realizó por cuestiones de seguridad debido a que en la zona existían lugares de alto riesgo social. En el proceso de la ejecución de la encuesta se garantizó la confiabilidad de la mujer seleccionada para el estudio, se tuvo en cuenta los principios éticos para estudio en personas de Helsinki, se culminó la aplicación de la encuesta con tiempo promedio de 20 minutos, una vez culminada la encuesta se procedió a despejar dudas si las participantes lo requerían.

4.5. Plan de análisis

Para el estudio de los resultados se aplicó la estadística, las cifras fueron codificados e incorporados en el programa SPS 2017, posteriormente trasladados a una matriz y almacenados en archivos. Para la explicación de los resultados conseguidos se empleó tablas estadísticas.

4.6. Matriz de consistencia

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES	Indicadores	METODOLOGÍA	Población/Muestra
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo y que conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mamas tienen las mujeres en edad fértil, del Pueblo Joven El Progreso del Distrito de Chimbote-2017?</p>	<p>Objetivo General: Determinar los factores de riesgo y que conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama tienen las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso del Distrito de Chimbote-2017.</p> <p>Objetivo Específico: 1) Identificar los factores de riesgos no modificables de cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El progreso, Distrito de Chimbote - 2017. 2) Identificar los factores de riesgo modificables del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso, Distrito de Chimbote-2017. 3) Identificar los conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama que tienen las mujeres del Pueblo Joven El Progreso, Distrito de Chimbote - 2017.</p>	<p>Variable 1: Factores de riesgo no modificables y modificables para el desarrollo del cáncer de mama.</p> <p>Variable 2: Conocimiento global y por reactivos sobre medidas preventivas de cáncer de mama.</p>	<p>Historia personal, historia familiar, menarquía temprana.</p> <p>Paridad, edad del primer embarazo, tiempo de lactancia, uso de anticonceptivos oral, uso de terapia hormonal sustitutiva, histerectomía, IMC, consumo de alcohol, tabaco y estrés</p>	<p>TIPO: Cuantitativa.</p> <p>NIVEL: Descriptivo.</p> <p>DISEÑO: No experimental transversal y descriptivo.</p> <p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Encuesta</p> <p>INSTRUMENTO: Cuestionario</p>	<p>POBLACION: Conformada por 1352 mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso en el año 2017.</p> <p>MUESTRA: Conformada por 148 mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso.</p> <p>UNIDAD DE ANÁLISIS: Cada una de las mujeres en edad fértil que residían en el Pueblo Joven El Progreso en el año 2017, que además cumpla los criterios de selección propuestos.</p>

4.7. Principios éticos

Se explicó a todas las mujeres edad fértil de 15 – 49 años los siguientes principios éticos que son considerados por Helsinki ⁽⁴⁶⁾:

- La investigación médica estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación recayó siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 1. Distribución porcentual sobre los factores de riesgo no modificables que favorecen el cáncer de mama en mujeres de edad fértil del Pueblo Joven El Progreso – Distrito de Chimbote, 2017.

FACTORES NO MODIFICABLES	n	%
EDAD		
15 – 19 años	8	5.0
20 – 35 años	44	30.0
>35 años	96	65.0
Total	148	100.0
RAZA		
Blanca	73	49.0
Negra	8	6.0
Indoamericano	67	45.0
Total	148	100.0
HISTORIA PERSONAL		
Enfermedad benigna de mamas		
NO	144	97.0
SI	4	3.0
Total	148	100.0
HISTORIA FAMILIAR ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA		
Sin antecedentes	124	84.0
Si tuvo antecedentes maternos	5	3.0
Si tuvo antecedentes de parte de hermana	4	3.0
Si tuvo antecedentes de hija	0	0.0
Si tuvo antecedentes de parte de abuela	15	10.0
Total	148	100.0
EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN		
Menarquia temprana (9-12)	74	50.0
Menarquia Media (13-15)	64	43.0
Menarquia tardía (16 a más)	10	7.0
Total	148	100.0
MENOPAUSIA TARDÍA		
NO	148	100.0
SI	0	0.0
Total	148	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en el año 2017.

En la Tabla 1 se evidencia a los factores no modificables de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso, frente al carcinoma mamario. Se puede observar que existe un porcentaje de gran relevancia (65.0%), el cual hace referencia a edad mayor a 35 años, siendo este el de mayor porcentaje; ante ello podemos decir que la edad influye sobre manera en el desarrollo de esta patología. Por otro lado, el 49.0% presenta riesgo, ya que son de raza blanca. El 3.0% de las féminas dentro de su historia personal presentó alguna enfermedad benigna de la mama; sin embargo, ninguna se complicó con carcinoma mamario. Asimismo, causa gran preocupación que el 50.0% de las féminas estudiadas presenten una menarquía temprana (9-12 años); por ello esto las predispone a padecer este carcinoma por la mayor exposición a hormonas (estrógenos y progesterona).

Tabla 2. Distribución porcentual sobre los factores de riesgo modificables que favorecen el cáncer de mama en mujeres de edad fértil del Pueblo Joven el Progreso – Distrito de Chimbote, 2017.

FACTORES MODIFICABLES	n	%
PARIDAD		
Nulípara	20	14.0
Primípara	45	30.0
Múltipara	73	49.0
Gran múltipara	10	7.0
Total	148	100.0
EDAD DE EMBARAZO		
15-19 años	39	26.0
20-29 años	64	43.0
30-39 años	11	8.0
40-49 años	0	0.0
NO	34	23.0
Total	148	100.0
TIPO DE ABORTO		
NO	122	82.0
Inducido	5	4.0
Espontáneo	21	14.0
Total	148	100.0
TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA		
Niega	34	23.0
LME menor de 6 meses	2	1.0
LME mayor de 6 meses	112	76.0
Total	148	100.0
USO DE ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
SI	65	44.0
NO	83	56.0
Total	148	100.0
MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO		
NO	81	55.0
Píldoras	44	30.0
Inyectables	20	13.0
Implantes	3	2.0
Total	148	100.0
HISTERECTOMÍA		
SI	0	0.0
NO	148	100.0
Total	148	100.0
USO DE TERAPIA DE REPLAZO HORMONAL SUSTITUTIVA DESPUÉS DE LOS 40 años		
SI	0	0.0
NO	148	100.0
Total	148	100.0

NUTRICIÓN		
Bajo Peso	2	1.0
Normal	52	35.0
Sobre Peso	61	41.0
Obesidad	33	23.0
Total	148	100.0
CONSUMO DE TABACO		
SI	0	0.0
NO	148	100.0
Total	148	100.0
CONSUMO DE ALCOHOL		
SI	3	2.0
NO	145	98.0
Total	148	100.0
PERCIBE ESTRÉS		
SI	113	76.0
NO	35	24.0
Total	148	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en el año 2017.

La Tabla 2 permite apreciar los factores modificables que favorecen al cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven el Progreso, observando que el 14.0 % de mujeres son nulíparas convirtiéndolas en vulnerables a dicha patología. Respecto a la lactancia el 23.0 % de mujeres nunca dio de lactar, teniendo un mayor riesgo al desarrollo del carcinoma. Por otro lado, es un hallazgo alarmante que la mayoría de mujeres utiliza como método anticonceptivo los anticonceptivos orales (30.0%); ya que se conoce que uso prolongado aumenta el riesgo de la patología mencionada. En cuanto a la nutrición, el 41.0% de las féminas presenta sobrepeso siendo un riesgo de mucha preocupación. De igual modo, el 76.0% de las féminas estudiadas refieren percibir estrés, ello genera una disminución del sistema inmunitario y con ello una mayor predisposición a enfermar.

Tabla 3. Distribución porcentual sobre los conocimientos de medidas de prevención del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven el Progreso - Distrito Chimbote, 2017.

Dimensión	Conoce		Desconoce	
	n	%	n	%
1. Conocimiento del cáncer de mama	54	36.0	94	64.0
2. Auto examen de mama precoz	39	26.0	109	74.0
3. Frecuencia del auto examen de mamas	54	36.0	94	64.0
4. Momento oportuno para la revisión de mamas	48	32.0	100	68.0
5. Frecuencia de la consulta médica	68	46.0	80	54.0
6. Edad recomendable para iniciar examen de mamografía	85	57.0	63	43.0
7. Frecuencia recomendable para examen de mamografía	91	61.0	57	39.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en el año 2017.

La Tabla 3 hace evidencia sobre el conocimiento de medidas preventivas del carcinoma mamario; donde el 64.0% de las mujeres evaluadas desconoce sobre la enfermedad, mientras que el 74.0% desconoce sobre la importancia del autoexamen de mama de forma precoz; el 64.0% no conoce la frecuencia del autoexamen de mama, y un 68.0% desconoce el momento oportuno para la revisión de mamas; todo lo expuesto son sin duda hallazgos de gran relevancia dado que la falta de información con lleva a una mala actitud de las féminas frente a este patología.

Tabla 4. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las mujeres de edad fértil del Pueblo Joven el Progreso - Distrito Chimbote, 2017.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
EDAD		
15 – 19 años	8	5.0
20 – 35 años	44	30.0
>35 años	96	65.0
Total	148	100.0
PROCEDENCIA		
Costa	121	82.0
Sierra	26	17.0
Selva	1	1.0
Total	148	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeto	0	0.0
Primaria Completa	15	10.0
Primaria Incompleta	8	6.0
Secundaria Completa	42	28.0
Secundaria Incompleta	17	11.0
Superior Técnico	25	17.0
Superior Universitario	41	28.0
Total	148	100.0
OCUPACIÓN		
Trabajador	49	33.0
Desempleado	0	0.0
Ama de casa	73	49.0
Estudiante	26	18.0
Total	148	100.0
RAZA		
Blanca	73	49.0
Negra	8	6.0
Indoamericano	67	45.0
Total	148	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en el año 2017.

La Tabla 4 hace evidente sobre las características sociodemográficas de las mujeres del Pueblo Joven El Progreso donde se observa que más de la mitad de la población (65.0%) presentan una edad mayor a 35 años, siendo este el más expuesto al carcinoma mamario, seguido del 82.0% que presentan como procedencia la costa, el 49.0% son amas de casa y el 11.0 % no culminaron la secundaria.

5.2 Análisis de Resultado:

Según la revisión literaria; la OMS define al factor de riesgo como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que permite aumentar su probabilidad o posibilidad de sufrir una enfermedad o lesión en su organismo”⁽¹⁶⁾. De la misma forma Feinholz y Ávila define al riesgo como “la posibilidad de que las personas de un lugar específico, generen o promuevan un mal determinado (estando libremente de ella), o muera en un tiempo establecido o a una edad correspondiente”⁽¹⁷⁾. Existe tipología en los factores de riesgo como por ejemplo la edad y raza que no pueden modificarse; los que sí pueden modificarse y están vinculados con las acciones de las personas son: el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y hábitos alimenticios⁽¹⁵⁾.

En cuanto a los factores de riesgo no modificables según la literatura son aquellos que no se pueden modificar y que hasta pueden duplicar el riesgo de padecer dicha patología⁽¹⁸⁾. En la investigación se puede observar (Tabla 1); que el 65.0% de las mujeres en estudio tienen edad mayor a los 35 años, lo que predispone a sufrir de la patología estudiada; ya que según la literatura indagada hace referencia que pasado los 30 años aumenta el riesgo de este carcinoma, exceptuando el rango de edades de 45 y 50 años; además de aumentar sostenidamente conforme avanza la edad⁽¹⁸⁾. Por otro lado, el 49.0% del grupo en estudio presentó raza blanca, ante ello la literatura hace evidencia que esta raza es de mayor riesgo que la negra y asiática.

Asimismo, el 3.0% presentó alguna enfermedad benigna de la mama como antecedente, lo cual sin duda predispone a las féminas en estudio, pues la literatura refiere que las mujeres que presentan alguna enfermedad previa del seno tienen 4 veces mayor riesgo de volver a padecerlo⁽²³⁾. El 50% presentó menarquía temprana, si

hablamos del inicio de la menarquía la bibliografía menciona que el inicio precoz de esta, es decir, antes de los 12 años genera una mayor predisposición; al igual que, la menopausia tardía, es decir, luego de los 55 años ⁽²⁴⁾.

Los hallazgos anteriormente mencionados se comparan con la investigación realiza por Larrea L. ⁽⁷⁾ realizada en la ciudad de Lima en el año 2016, titulada “Características clínico patológicas del cáncer de mama en mujeres menores de cincuenta años, en Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, en cuyo grupo de estudio encontró que el 88.0% de las féminas presentaban edad mayor a los 35 años, el 17.3% presentó antecedentes familiares de carcinoma mamario y el 94.7% presentaron una sola gestación, estos hallazgos son de gran importancia; ya que en ambos grupos de estudio se presentaban características similares.

Por otro lado; Reyes E. ⁽¹⁴⁾ en Quito- Ecuador durante el año 2017; en su investigación sobre “Nivel de Conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años atendidas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel y Hospital Mariana de Jesús del 2017”, determinó que la edad promedio de aparición de la enfermedad fue de 30 a 45 años y que el 71.0% no presentó antecedentes familiares. Este estudio demuestra una vez más que nuestros hallazgos obtenidos son de gran importancia, y pone en evidencia la necesidad de promover el conocimiento en cuanto a medidas preventivas a tempranas edades, para disminución de las féminas a padecer dicho carcinoma.

En cuanto a los factores de riesgo modificables; la literatura refiere que son aquellos que pueden cambiarse, y que dicho cambio depende de adoptar medidas saludables y que de esa manera se busca reducir la exposición de las mujeres a dicha patología ⁽²⁾. En la investigación en cuanto a los factores de riesgo modificables (Tabla 2) se evidenció que; el 14.0% de mujeres son nulíparas, según la revisión literaria se

determinó que el no procrear aumenta el riesgo de la patología ⁽²⁵⁾. Respecto a la lactancia materna, el 23.0 % de mujeres nunca dio de lactar teniendo un mayor riesgo al desarrollo del carcinoma. Es un hallazgo alarmante que la mayoría de mujeres utilizara como método anticonceptivo el oral (30.0%); ya que se conoce que uso prolongado aumenta el riesgo de la patología mencionada ⁽²⁷⁾.

La nutrición, es otro factor de gran importancia, en el estudio el 41.0% de las féminas en estudio presenta sobrepeso, siendo un riesgo de mucha preocupación; ya que, según lo revisado el sobrepeso y la obesidad, alteran la asimilación hormonal, en este caso la grasa mamaria, predisponiendo a la mujer a padecer de carcinoma mamario ⁽³⁰⁾. De igual modo, el 76.0% de las féminas estudiadas refieren percibir estrés, ello genera una disminución del sistema inmunitario y con ello una mayor predisposición a enfermar ⁽³⁰⁾.

Resultados similares encontró Bazán M. ⁽⁸⁾ en la ciudad de Cajamarca en el año 2017, en su trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo en mujeres tamizadas para cáncer de mama en el Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente Cajamarca - 2015”. En su estudio resalta que; tener sobrepeso u obesidad, ser consumidora hormonas por un período mayor a 5 años, así como ser nulípara; predispone a las mujeres al desarrollo de este carcinoma; esto se debe, a que la población en estudio en ambos presentó características similares en cuanto al acceso a la información y las características sociodemográficas.

Por otro lado; en cuanto a la lactancia materna el estudio realizado por Rivera J. ⁽¹¹⁾ en la ciudad Lima durante el año 2018; titulado “Características no modificables de cáncer de mama en pacientes de 25 a 55 años del Servicio de Ginecología del Hospital de Vitarte - 2017”; refiere que el 32.5% de las pacientes con cáncer de mama no había tenido un período de lactancia materna y un 66.3% era nulípara. Estos

resultados son muy semejantes a los obtenidos en el estudio, indicándonos que nuestra población en estudio esta predispuesta a desarrollar esta patología.

Del mismo modo, Reyes D, Cruz A, Jaimes E. ⁽¹³⁾ en México en el año 2016; realizaron una investigación titulada “Prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal y el porcentaje de grasa en pacientes con cáncer de mama”; los autores llegaron a la conclusión que la mayoría (25.63%) presentó obesidad grado I, indicando contribuye a predisponer a carcinoma mamario. En nuestro estudio el 41.0% de las féminas presentan sobrepeso, lo cual nos indica que existe un gran porcentaje de población que presenta este factor de riesgo que podría modificarse, y el cual podría lograrse promocionando información que busque mejorar los estilos de vida de las mujeres en la zona.

El conocimiento tiene un abordaje desde diferentes enfoques, para efectos del estudio se ha tomado la teoría constructivista la cual dice que; el conocimiento no se descubre, sino que se construye con las vivencias del día a día, donde la persona lo realiza a través de su forma de actuar, pensar, imaginar y finalmente razonar ⁽³⁴⁾. Asumiremos en el análisis de los resultados donde; el 64.0% de las mujeres en edad fértil encuestadas no conocen sobre el cáncer de mama, se infiere que en el ambiente social peruano hay deficiente información sobre el tema, añadido a ello la poca costumbre de lectura e informarse que caracteriza a la población peruana.

Explorando en el interior (Tabla 3) en cuanto al conocimiento de las féminas estudiadas sobre medidas preventivas del carcinoma mamario, se pudo evidenciar que; 74.0% desconoce la importancia del autoexamen de mama precoz, el 64.0% no conoce la frecuencia del autoexamen de mama, y un 68.0% no conoce el momento oportuno para la revisión de mamas; todo lo expuesto son sin duda hallazgos importantes dado

que la falta de información con lleva a una mala actitud de las féminas frente a esta patología.

En el estudio realizado por Loyaga J. ⁽⁹⁾ en la ciudad de Trujillo en el año 2017; investigación titulada “Nivel de conocimiento y prácticas preventivas del cáncer de mama en madres de familias de la institución educativa Pedro Mercedes Ureña”, se obtuvo resultados similares al nuestro dado que; 85.2% de las mujeres tienen nivel de conocimiento malo ante el cáncer de mama mientras, el 12.8% tienen un nivel de conocimiento regular y el 2.0% tienen un conocimiento bueno; ello se debe a que en ambos estudios las poblaciones estudiadas presentabas características similares pues refirieron no haber recibido la información necesaria sobre carcinoma mamario.

Asimismo, un estudio similar al nuestro fue realizado por Zela P. ⁽¹⁰⁾ en Puno durante el año 2017; investigación sobre “Conocimientos y Practicas sobre autoexamen de mama que tienen las mujeres del Establecimiento Penitenciario de Lampa”, donde el 61.0% poseen conocimientos erróneos sobre la manera adecuada del autoexamen de mamas, el 74.0% no se realiza el autoexamen de mama. Estos resultados nos indican que esta problemática requiere de un trabajo multidisciplinario del profesional Obstetra, mediante las actividades promocionales-preventivas; ya que como se determinó la falta de conocimiento en cuanto a las medidas de prevención conlleva al no cambio de los factores de riesgo modificables.

Por otro lado, resultados opuestos al nuestros obtuvo Castillo I. ⁽¹²⁾ en Cartagena-Colombia 2016; quien realizó una investigación titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural”, obtuvo como resultado que; el 73.0% de las mujeres conocen como se debe de realizar el autoexamen y que el 77,8 % de las mujeres reconocen que es muy importante realizarlo; esto indiferentemente a que en ambos trabajos de investigación la población

demonstró tener características similares, la población de estudio de Castillo I. sí posee información sobre la técnica correcta del autoexamen de mama, ya que la autora refiere en su país existen programas preventivo-promocionales de salud pública que abordan el carcinoma mamario. Ante lo expuesto vuelve a sobresalir la importancia de incorporar en el sistema de salud peruano la implementación de actividades como ya se había mencionado.

Las características sociodemográficas nos permiten delimitar la población de manera general del estudio, en el cual se encuentran 65.0% en un grupo etáreo mayor a 35 años, siendo este el más expuesto al carcinoma mamario, seguido del 82.0% que presentan como procedencia la costa, el 49.0% son amas de casa y el 11.0 % no culminaron la secundaria. Resultados similares se encuentran en el estudio realizado por Rivera J. ⁽¹¹⁾ Lima en el año 2018; estudio titulado “Características no modificables de cáncer de mama en pacientes de 25 a 55 años del Servicio de Ginecología del Hospital de Vitarte en el período enero a octubre del 2017”, en dicho estudio se obtuvo que el mayor porcentaje de mujeres tenía la edad comprendida entre los 25 a 55 años de edad.

Todo lo expuesto nos lleva a concluir, que la información que poseen nuestras mujeres en edad fértil sobre los conocimientos de cáncer de mama y las medidas para prevenirlo no son las necesarias, esto no es más que un indicativo del mal trabajo que se viene realizando el campo preventivo- promocional de la Salud, ya que estando en la ciudad no es apto aún encontrar desconocimiento de este tema de vital importancia, para lograr disminuir las tasas de mortalidad, para lo cual se debe implantar nuevas estrategias que partan desde las escuelas, colegios, medios de comunicación y que llegue a cada hogar.

VI. CONCLUSIONES

- En cuanto a los factores de riesgo no modificables de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven “El Progreso” frente al carcinoma mamario; el 65.0% presentó una edad mayor a los 35 años, donde la raza que predomina con 49.0% es la blanca, el 3.0% de las féminas dentro de su historia personal presentó alguna enfermedad benigna de la mama, el 50.0% de las féminas estudiadas presenten una menarquía temprana; todo ello si no se previene conlleva a que las féminas presenten mayor predisposición a mortalidad por esta patología.
- En relación a los factores de riesgo modificables en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven “El Progreso” se determinó que el 14.0% de las féminas son nulíparas, el 23.0 % de mujeres nunca dio de lactar, la mayoría de mujeres utiliza como método anticonceptivo oral (30.0%) y el 41.0% de las féminas presenta sobrepeso; todos ellos pueden ser cambiados si las féminas toman conciencia y deciden cambiar sus estilos de vida.
- Si hablamos de los conocimientos sobre medidas preventivas se demostró que; el 64.0% desconoce lo qué es el carcinoma mamario, el 74% la importancia del autoexamen de mamas en forma precoz, el 64.0% desconoce la frecuencia para realizarse el autoexamen de mamas, el 68.0% desconoce el momento oportuno para la revisión de las mamas; lo que indica se necesita un trabajo del profesional Obstetra para exhortar e informar a las féminas sobre este problema de salud que las afecta.

- Las características sociodemográficas de las mujeres del Pueblo Joven El Progreso donde se observa que; el 65.0% se encuentran en un grupo etáreo mayor a 35 años, seguido del 82.0% que presentan como procedencia la costa, el 49.0% son amas de casa y el 11.0 % no culminaron la secundaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad americana contra el cáncer. ¿Qué tan común es el cáncer de seno? [Internet]. sociedad americana contra el cancer. 2017 [cited 2019 Apr 28]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-tan-comun-es-el-cancer-de-seno.html>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2019 Apr 28];68(6):394–424. Available from: <http://doi.wiley.com/10.3322/caac.21492>
3. Organizacion panamericana de la salud, Organizacion mundial de la salud. Cáncer de mama [Internet]. OPS/OMS. 2018 [cited 2019 Apr 28]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es
4. Romaní F., Gutierrez C., Ramos J.. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Vol. 72, Núm. 1 (2011). Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1098>
5. INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
6. RSD. Chimbote: pueblo joven El Progreso celebra su 70° aniversario. 20 de Diciembre del 2015. [Boletín Electrónico]. Disponible en: <http://radiorsd.pe/noticias/todas-las-noticias/27410-chimbote-pueblo-joven-el-progreso-celebra-su-70d-aniversario>
7. Larrea L. Características clínico patológicas del cáncer de mama en mujeres menores de cincuenta años, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. . [Página en Internet]. Perú. 2016. Rev. Medica Carrionica. [Citado 2019 Jul 24] Disponible en: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/31/25>
8. Bazán M. Factores de riesgo en mujeres tamizadas para cáncer de mama. Preventorio Oncológico del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2015. [tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería Oncológica]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1062/T016_41459484.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Loyaga J. Nivel de conocimiento y prácticas preventivas del cáncer de mama en madres de familias de la institución educativa Pedro Mercedes Ureña, 2018. [Tesis para optar el

- título profesional de Licenciada en Obstetricia].Perú: Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO; 2018 [citado 2018 Nov 2]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/4343>
10. Zela P. Conocimientos y prácticas sobre autoexamen de mamas en mujeres del Establecimiento Penitenciario de Lampa, 2017 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional del Altiplano. Universidad Nacional del Altiplano; 2018 [citado 2018 Nov 2]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6365>
 11. Rivera J. Características no modificables de cáncer de mama en pacientes de 25 a 55 años del Servicio de Ginecología del Hospital de Vitarte en el Período Enero a octubre 2017. [tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1554/T-TPMC-%20Johanna%20Daniela%20%20Rivera%20Manya.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 12. Castillo I. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Rev UDCA Actual & Divulg Científica ; 2016 [citado 2018 Nov 3]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262016000100002&script=sci_abstract&tlng=es
 13. Reyes D, Cruz A, Jaimes E. Prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal y el porcentaje de grasa en pacientes con cáncer de mama. [Página en Internet]. México. 2016. [Citada 2019 Jul 23]. Disponible en: https://revista.nutricion.org/PDF/reyes_barretero.pdf
 14. Reyes E. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años atendidas en el hospital Matilde 53 Hidalgo de Procel y Hospital Mariana de Jesús de enero hasta Agosto de 2017 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017 [citado 2018 Nov 3]. Disponible en: <http://www.ug.edu.ec>
 15. Chacón K, Arzú D, Ponce E. Conocimientos Básicos que Poseen los Estudiantes de la UPNFM Sobre el Cáncer de Mama. [Revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Jun 30] Disponible en: <http://metodologiadeinvestigacioncuantitativa.files.wordpress.com/2014/05/conocimientos-bc3a1sicos-que-poseen-los-estudiantes-de-la-upnfm-sobre-el-cc3a1ncerde-mama.pdf>
 16. Organización Mundial de la Salud. Definición de factores de riesgo. [consultado el 29 Abril del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

17. Feinholz Klip D, Ávila Rosas H. Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. El Cotidiano [Internet]. 2001 [citado 2019 May 5];17(107):13–20. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32510703>
18. Miguel M. Servicio de Oncología Médica Cáncer de mama. [revista en Internet]. [Citado 2018 Jun 30] Disponible en: www.cchaler.org/app/download/4007299260/Capitulo4.pdf
19. Sobrados Clavijo J. Percepciones de los jóvenes sobre violencia de género en la urbanización san isidro - Chimbote, 2013 [Internet]. Universidad católica los ángeles de chimbote:Peru; 2016 [citado 2019 Apr 29]. Available from: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/543/PERCEPCIONES_VIOLENCIA_SOBRADOS_CLAVIJO_JENIFER_GISELLA.pdf?isAllowed=y&sequence=1
20. El diario de la salud. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama [Internet]. El diario de la salud; 2015[cited 2019 May 5]. Available from: <http://eldiariodelasalud.com/2015/10/09/factores-de-riesgo-para-padecer-cancer-de-mama/>
21. Breastcancer Factores de riesgo del cáncer de mama [Internet]. Breastcancer; 2017 [cited 2019 May 5]. Available from: https://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/raza_origen
22. Virella M, Salazar Y, Chávez M, Viñas L Nilda, Peña N. 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=S1025-02552010000100003&lng=es
23. Instituto Gerontológico. Prevención del Cáncer de Mama. [Artículo en internet]. [Citado 30 Nov, 2013]. URL Disponible en: <http://www.igerontologico.com/salud/cancer/prevencion-cancer-mama/262>
24. Fernández T., Ángel; Reigosa Y., Aldo. Riesgo de cáncer de mama en mujeres con patología mamaria benigna. Universidad de Carabobo Maracay: Venezuela Comunidad y Salud, vol. 13, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 78-86. In: Redalyc. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3757/375740825011.pdf>
25. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. El cáncer de mama en América Latina y El Caribe: Informar sobre las opciones. OMS/OPS. 2001 [cited 2019 May 5]; Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3105>
26. Definición y evaluación de los riesgos para la salud. 2002 [cited 2019 May 5];9–29. Available from: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>

27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama: Detección precoz del cáncer de mama puede ayudar a salvar la vida de las mujeres. Minist Salud Pública y Asist Soc [Internet]. 2006 [cited 2019 May 5]; Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf

28. Fundación Rebecca de alba. Tipos de cáncer [Internet]. Fundación Rebecca de alba. [cited 2019 May 5]. Available from: <http://www.fundacionrebeccadealba.org/index.php/11-aprende/tipos-de-cancer>

29. Reyes Díaz R. Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa del hospital regional "Virgen de Fátima", Chachapoyas 2013. Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2014. [cited 2019 Apr 28]. Available from: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1032/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20AUTOEXAMEN%20DE%20MAMAS%20EN%20MUJERES%20QUE%20ACUDEN%20A%20CONSULTA%20EXTERNA%20DEL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20VIRGEN%20DE%20F%C3%81TIMA%2C%20CHACHAPOYAS%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Ordoñez Loja G. Conocimiento de las madres sobre inmunizaciones en niños menores de 2 años que acuden al centro de salud tipo a "daniel álvarez burneo"[Internet]. Universidad nacional de Loja: Ecuador; 2015. [cited 2019 Jun 4]. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11863/1/TESIS%20CONOCIMIENTO%20DE%20LAS%20MADRES%20SOBRE%20INMUNIZACIONES.pdf>

31. Reyes Díaz R. Nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas en mujeres que acuden a consulta externa del hospital regional "virgen de Fátima", chachapoyas 2013. Perú: universidad nacional toribio rodríguez de Mendoza de Amazonas, 2014. [cited 2019 Apr 28]. Available from: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1032/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20AUTOEXAMEN%20DE%20MAMAS%20EN%20MUJERES%20QUE%20ACUDEN%20A%20CONSULTA%20EXTERNA%20DEL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20VIRGEN%20DE%20F%C3%81TIMA%2C%20CHACHAPOYAS%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

32. Lanfranchi A, Joel Brind. Cáncer de mama: Riesgos y Prevención. [Internet]. Instituto de Prevención de Cáncer de Mama. IN: Docplayer. 2007 [cited 2019 Jul 1]. Available from: <http://docplayer.es/4933967-Cancer-de-mama-riesgos-y-prevencion-cuarta-edicion.html>

33. Flores P, Sabaduche G. Conocimiento y actitud de las estudiantes de enfermería en relación a la paternidad responsable. Lima 2014. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma, 2014.

34. Flores R, Aguilar J. La teoría del conocimiento y la epistemología de la administración, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Rev Cien *[serie en internet].2013 ene

- **[citado 2 Jun 2019];1(2): 1-5 .Disponible en <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n1/e4.html>
35. Medina Cano F. Diferencias biológicas y de supervivencia según el método de detección en pacientes con cáncer de mama [Internet]. Universidad de Málaga:malaga. In: Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA) [citado 20 Octubre 2017]; Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/8570/TDR_MEDINA_CANO.pdf?sequence=1
 36. El Mundo. Cáncer de mama. [Diario online]. [Última modificación Ene, 2005]. [Citado 18 enero, 2019]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama3.html>
 37. Zurquí. Detección temprana del cáncer de mama puede salvar tu vida [Internet].Zurquí: centro de diagnóstico patológico. [cited 2019 Jun 4]. Available from: <http://www.laboratoriozurqui.com/S/Enterate/Articulo/85>
 38. Castro Cotrina Z. Factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer mamario comunidad bolivar bajo-chimbote, 2013 [Internet]. Universidad los ángeles de chimbote; 2015 [cited 2019 Jun 3]. Available from: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1200/FACTORES_DE_RIESGO_CASTRO_COTRINA_ZAYDA_MAYBEL.pdf?isAllowed=y&sequence=1
 39. Torres Abono L. “Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama en mujeres en edad reproductiva que acuden al consultorio preventivo de cancer en el hospital regional hermilio valdizan medrano 2016” [Internet]. Universidad de huánuco; 2018 [cited 2019 Apr 29]. Available from: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1065/T_047_72515425_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 40. Suasnabar S. Relación entre el nivel de conocimiento 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 2018 Jun 30] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2912/1/110005.pdf>
 41. Salud Integral (2011). [Página web en línea]. [Consultada 28 Nov, 2017]. Url Disponible en: <http://saludintegral.grilk.com/cancer+seno.htm>
 42. American Cancer Society. Cáncer de mama. [artículo en internet]. 2013. [Actualizado 26 Oct, 2013]. [Citado 28 Nov, 2013]. URL Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-deseno-what-is-breast-cancer-types>
 43. 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 2018 Jun 30]; 27(5): 1631-1636.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000500038&script=sci_arttext

44. Domínguez J. Manual Interno De Metodología de la Investigación Científica (MIMI) [Internet]. Chimbote; 2010 [citado 2018 Nov 24]. Disponible en: <https://www.uladech.edu.pe/images/stories/universidad/documentos/manual-interno-metodologia-modificado-2014-uladech.pdf>

45. Sucacahua R. Factores de riesgo y conocimiento de prevención de cáncer de mama en mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016 [citado 2018 Oct 31]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/839/CANCER_DE_MAMA_CONOCIMIENTO_SUCACAHUA_FERNANDEZ_JACQUELINE_ROSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

46. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.wma.net/es/policiespost/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-lasinvestigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

Anexo N.º 01

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº

FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CÁNCER DE MAMA



I. INTRUCCIONES:

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

II. CARACTERÍSTICAS 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 menarquia 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 determinar 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 CANCER 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?

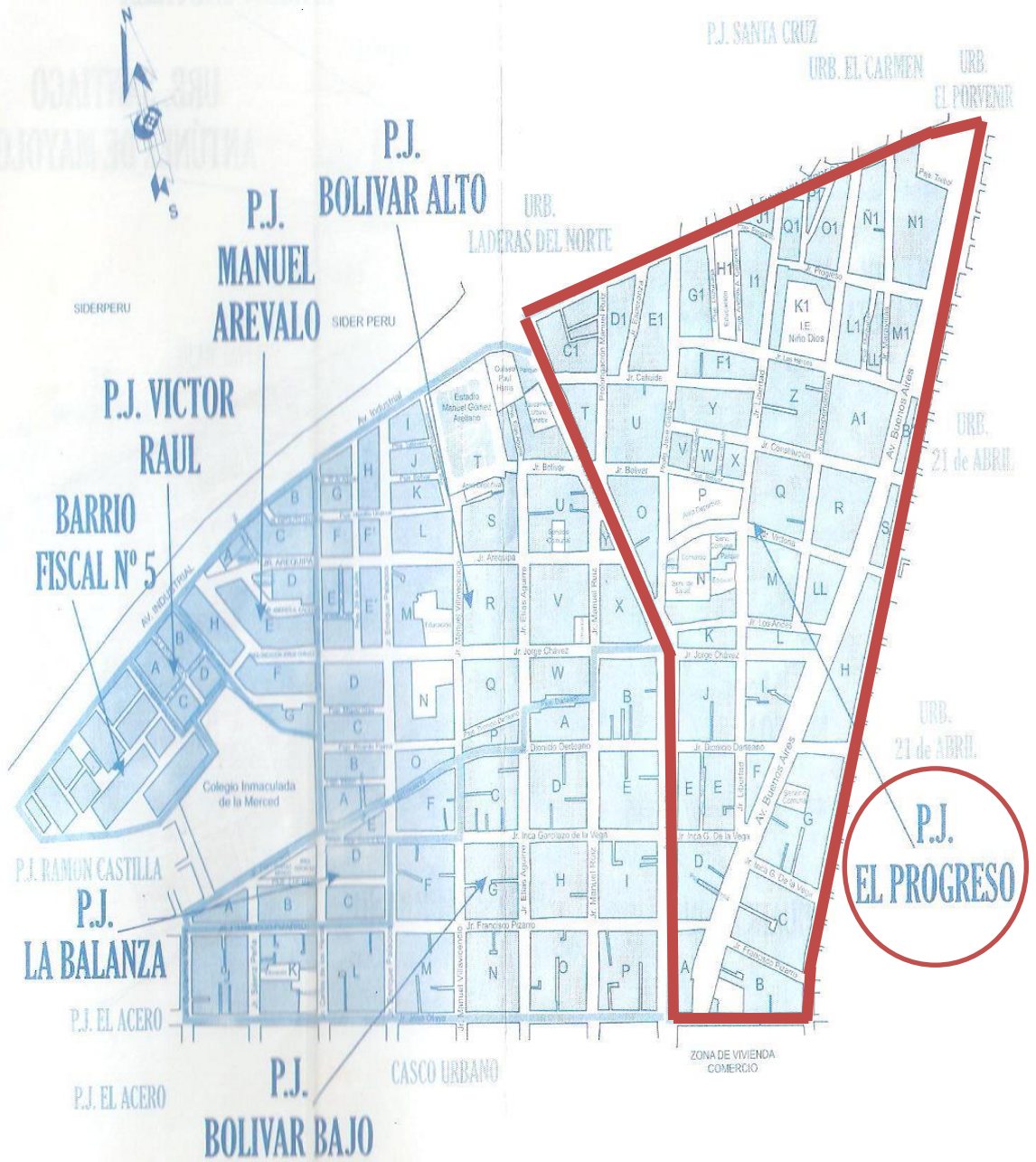
- a) No
- b) Auto examen de mamas
- c) Examen médico periódico
- d) Mamografía
- e) b y c
- f) b y d
- g) b y d
- h) b, c y d

- 3. ¿Con qué 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.

Anexo N.º 02. Mapa de la comunidad

2
CHIMBOTE



Anexo N.º 3. Frontis del Puesto de Salud de la comunidad



Anexo N° 04. Consentimiento informado

Señor jefe de hogar

Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para comunicarle que la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, a través del Departamento Académico de Metodología de la Investigación, se encuentra realizando un estudio sobre información y educación en temas de salud sexual y reproductiva en mujeres en edad reproductiva en las principales ciudades del país, con el objetivo de fortalecer la prevención de complicaciones en la salud de la población en mujeres.

Siendo usted seleccionada para participar de dicha investigación, junto con muchas otras mujeres de las principales ciudades de Chimbote. Por esta razón solicito a usted autorice su participación en la encuesta que le haga el portador de la presente, quién es Bachiller en Obstetricia de nuestra casa superior de estudio y está especialmente capacitado para realizar este tipo de tarea.

Le aseguramos que la información proporcionada recibirá un tratamiento estrictamente confidencial y anónimo. Las respuestas obtenidas no serán divulgadas en forma individual bajo ninguna circunstancia y servirá únicamente para orientar los programas educativos a desarrollarse en Chimbote.

Por todo lo expuesto, agradezco desde ya, la atención que usted brinda a la presente.

Atentamente,

Cualquier consulta, queja o comentario, sírvase llamar a los siguientes números:

Investigador: 972670130

Oficina del Dpto. Investigación: (043) 327933

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: _____