



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE
PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA - MUJERES
ASENTAMIENTO HUMANO MIRAFLORES BAJO-
CHIMBOTE, 2013**

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

AUTORA:

JACQUELINE ROSA SUCACAHUA FERNANDEZ

ASESORA:

MGTR. OBST. AMELIA NELLY SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE – PERÚ

2016

**FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN
DE CÁNCER DE MAMA - MUJERES ASENTAMIENTO
HUMANO MIRAFLORES BAJO-CHIMBOTE, 2013**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Obst. María Lucía Villanueva Vásquez

Presidente

Mgtr. Obst. Carmen Rosa Aguirre Espinoza

Secretario

Mgtr. Obst. Melva Loyola Rodríguez

Miembro

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarnos la dicha de la salud, bienestar físico y espiritual para llevar a cabo la elaboración de este informe.

A mis padres, por su esfuerzo, amor y apoyo incondicional durante mi formación tanto personal como profesional.

A mí asesora de tesis, Mg. Obst. Amelia Nelly Solís Villanueva por motivarme y apoyarme en la elaboración de este informe de investigación.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, de manera especial a la escuela profesional de Obstetricia por su importante aporte para mi formación profesional.

DEDICATORIA

A Dios que nos ha dado la vida y fortaleza para terminar la elaboración de este informe de investigación.

Con amor y cariño a mis padres Rubén y Sonia, por estar presentes en cada momento de mi vida brindándome impulso, fuerza y optimismo.

A mi hermano Luisin por su comprensión, ayuda y lograr hacerme reír en momentos difíciles.

A aquellas personas que me enseñaron que la mejor libertad del ser humano está en la superación personal e intelectual.

RESUMEN

La investigación tuvo como **objetivo general**, determinar los factores de riesgo y el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama en mujeres de edad fértil del Asentamiento Humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo Setiembre – Diciembre del 2013. **Metodología:** se centra en un estudio cuantitativo - descriptivo, diseño no experimental. La población lo constituyen 1,344 mujeres en edad fértil, una muestra de 100 mujeres en edad fértil muestreo no probabilístico. **Resultados:** reportan que dentro de los factores de riesgo no modificables hacia el cáncer de mama, el factor de mayor coincidencia están presentes en un (21,0%) en las mujeres en relación a la raza blanca, frente a un porcentaje que tiene antecedente familiar de cáncer de mama (13,0%). Así mismo en relación a los factores de riesgo modificables, el factor de mayor coincidencia está dada por la paridad de las mujeres y obesidad con un (39,0%) y (11,0%) respectivamente. Por otro lado la mayoría (77,0%) de las mujeres tienen un nivel bajo de conocimiento de medidas preventivas frente al cáncer de mama. **Conclusión:** Las mujeres entrevistadas del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote tienen dos o más factores de riesgo condicionantes a el cáncer de mama, tienen un nivel bajo de conocimiento sobre las medidas de prevención hacia el cáncer de mama, situación que amerita profundizar el estudio para relacionar los factores de riesgo con el conocimiento de prevención de cáncer de mama.

Palabras clave: cáncer de mama, conocimiento, factor de riesgo, prevención.

ABSTRACT

The research was general objective, identify risk factors and the level of knowledge about prevention of breast cancer in women of childbearing age Human Settlement Miraflores Bajo district of Chimbote during the September period - December 2013. Methodology: Focuses in a quantitative study - descriptive, non-experimental design. The population is made up 1,344 women of childbearing age, a sample of 100 women of childbearing age non-probability sampling. Results: reported that the coincidence factor most are within the non-modifiable risk factors to breast cancer, present in (21.0%) in women compared to whites, compared with a percentage that has history familial breast (13.0%) cancer. Also in relation to modifiable risk factors, the greater coincidence factor is given by the equality of women and obesity with (39.0%) and (11.0%) respectively. On the other hand the majority (77.0%) of women have a low level of awareness of preventive measures against breast cancer. Conclusion: The women interviewed human settlement Miraflores Bajo district of Chimbote have two or more risk factors for conditions to breast cancer have a low level of knowledge about prevention measures to breast cancer, a situation that merits deepen study to relate the risk factors with knowledge of breast cancer prevention.

Keywords: breast cancer awareness, risk factors, prevention.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iii
3. Hoja de agradecimiento	iv
4. Hoja de dedicatoria	v
5. Resumen.	Vi
6. Abstract	Vii
7. Contenido	viii
8. Índice de tablas	X
I. Introducción	1
II. Revisión de la Literatura	5
2.1. Antecedentes	5
2.1.1. Estudios Internacionales	5
2.1.2. Estudios Nacionales	9
2.2. Bases Teóricas	13
2.2.1. Bases teóricas de factor de riesgo	13
2.2.2. Bases teóricas de conocimiento	14
2.3. Marco Conceptual	16
2.3.1. Generalidades sobre el cáncer de mama	16
2.3.2. Factores de riesgo	23
2.3.3. Factores de riesgo no modificables	23
2.3.4. Factores de riesgo modificables	27
2.3.5. Prevención de cáncer de mama	33

2.3.6. El obstetra en la detección temprana del cáncer de mama.	38
2.3.7. Conocimiento de medidas preventivas de cáncer de mama	40
2.4. Definición operacional de variables en estudio	41
III. Metodología	42
3.1. Diseño de la investigación	42
3.2. Población y muestra	43
3.3. Definición y operacionalización de las variables	43
3.4. Técnicas e instrumentos	44
3.5. Plan de análisis	45
IV. Resultados	48
4.1. Resultados	48
4.2. Análisis de resultados	58
V. Conclusiones	63
Referencias bibliográficas	65
VI. Anexos	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01.	Factores no modificables del cáncer de mama de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote durante el periodo setiembre a diciembre 2013.	48
Tabla 02.	Factores modificables del cáncer de mama de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote durante el periodo setiembre a diciembre 2013	50
Tabla 03.	Factores modificables - paridad de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote durante el periodo setiembre a diciembre 2013.	52
Tabla 04.	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote durante el periodo setiembre a diciembre 2013.	53
Tabla 05.	Conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama por dimensión de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote durante el periodo setiembre a diciembre 2013.	54

Tabla 06.	Conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama por ítems, según respuesta de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote durante el periodo setiembre a diciembre 2013.	55
Tabla 07.	Características socio-demográficas de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo - Chimbote durante el periodo setiembre a diciembre 2013.	57

I. Introducción

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial ⁽¹⁾, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales que van en constante aumento ⁽²⁾, situándose el cáncer de mama en el primer lugar en el sexo femenino con una tasa de incidencia de 39,5 por mil según datos del Registro Nacional de Cáncer ⁽³⁾, es importante resaltar, que dentro de las neoplasias más comunes que afectan a las mujeres se encuentran las del cuello uterino y las de la mama, órganos accesibles que debido a su naturaleza permiten la detección precoz.

Si se establecieran programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente y es que la detección precoz se ve afectada por la idiosincrasia de las mujeres, el desconocimiento y desinterés en aspectos importantes de su salud y prestan mayor atención a esta cuando existe la presencia ya de enfermedad, es decir le restan significancia a la parte preventiva y acuden a un servicio de salud ya cuando la enfermedad se ha presentado y en algunos casos como en el cáncer ya se ha desarrollado.

Por otro lado, el profesional de Obstetricia necesita líneas de base para intervenciones estratégicas que ayuden a desarrollar "modelos" de hábitos saludables entre la población a través de acciones educativas ⁽⁴⁾, situación que llevo a plantear la siguiente interrogante: *¿Cuáles son los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas de preventivas de cáncer de mama que tienen las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo Setiembre – Diciembre, 2013?*

Para dar respuesta al problema, se planteó el siguiente objetivo general: Determinar los factores de riesgo y el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo Setiembre – Diciembre, 2013. Para poder conseguir el objetivo general, se planteó los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar los factores no modificables y modificables del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote.
3. Describir las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote.

Ante esta situación es importante que como alumnas y como futuras profesionales de obstetricia dedicadas al cuidado y la preservación de la salud sexual y reproductiva, evidenciamos todos los conocimientos posibles sobre los factores de riesgo y la prevención acerca de esta enfermedad, con el fin de poder brindar a la población, conocimientos verídicos y aplicables e incrementar el desarrollo de actividades preventivo promocionales que contribuyan con la reducción de las altas tasas de incidencia y mortalidad por esta terrible enfermedad ⁽⁵⁻⁶⁾.

El presente estudio se justifica por que contribuirá con la salud de las mujeres, consideradas el pilar de la familia y por ende de la sociedad, así mismo se convierte en un aporte importante para la teoría, toda vez que se profundiza y amplía los estudios de investigación tendientes a determinar y evaluar probables factores de riesgo del cáncer de mama y conocimiento sobre medidas preventivas en el ámbito local nunca antes investigado en las variables mencionadas. Se beneficiara a las mujeres en edad fértil del ámbito en estudio y se aportará con recomendaciones que ayuden mejorar los contenidos educativos y estrategias de intervención.

Así también permitirá contar con información e identificar las brechas existentes en las variables estudiadas, la misma que revertirá en la preparación de las mujeres, generando un cambio en su estilo de vida en favor de la salud sexual y reproductiva de la población femenina, desde ya, la contribución teórica se centra en la ausencia de investigaciones locales sobre el tema, lo que exige la declaración de bases conceptuales y /o constructos que guiaran el trabajo del obstetra.

La metodología utilizada es de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, diseño de una sola casilla de corte transversal. La muestra del estudio estuvo constituido por 100 mujeres en edad fértil que cumplieron con los criterios de inclusión. A continuación se desarrolla los detalles del contenido de los 5 capítulos: El capítulo I recoge la descripción del contexto, objetivos, alcance y estructura de esta tesis. El capítulo II constituye el estado del conocimiento de la cuestión tratada en la tesis. Por un lado, se plantea un análisis de las teorías de factor de riesgo y conocimiento para el cáncer de mama. Este capítulo se centra también en las definiciones y conceptos a partir de la matriz de operacionalización de variables que servirán de fundamento de la propuesta.

El capítulo III es la parte empírica del estudio, describe el tipo y nivel de la investigación, la población y muestra de los participantes, la técnica e instrumento utilizados; sus características y el procedimiento seguido durante el trabajo de campo efectuado en el asentamiento humano. En el capítulo IV presenta los principales resultados de este trabajo que se han agrupado en dos niveles de análisis descriptivo que lleven a demostrar y alcanzar los objetivos planteados, nos interesaba conocer si las variables estaban presentes en el colectivo estudiado y qué porcentaje de ellas están afectadas por los factores de riesgo de contraer el cáncer de mama y que indicador sería de mayor preocupación para ser revertida En el capítulo V sintetiza las conclusiones principales a las que se llegó en toda la investigación. Finalmente, se resume las conclusiones donde encontramos el producto final de la investigación, las referencias bibliográficas y los anexos respectivamente.

II. Revisión de la Literatura

2.1. Antecedentes

La información relacionada con los factores de riesgo y el conocimiento de prevención de cáncer de mama, se encontró los siguientes estudios:

2.1.1. Estudios internacionales

Hernández y col ⁽⁷⁾, en Camagüey en el 2011, en su estudio “Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas” reporta que antes de una intervención educativa predominó un desconocimiento sobre la definición de cáncer de mamas y sus características clínicas. El 81,4 % de las pacientes identificaron como principal factor de riesgo tener más de 40 años de edad, así como un 75,9 % de las mismas que señalaron los antecedentes familiares como riesgo para padecer de cáncer de mamas. Al evaluar los conocimientos inicialmente las pacientes desconocían la técnica adecuada para realizar el autoexamen de mamas, el 75,9 % reconoció que con la palpación se puede detectar fácilmente la presencia de masas o tumoraciones y un 62,9 % que la palpación de la mama puede ser de pie, sentada o acostada. Al aplicar un programa educativo la totalidad de las mujeres respondió de forma positiva en un 100 %.

Hernández y col. ⁽⁸⁾ Monterrey-México en el 2001, investigaron sobre “Beneficios Percibidos por la Mujer y la Práctica de la Autoexploración Mamaria”, a 155 mujeres de 25 a 44 años, obteniendo como resultados que el 36.8 % tienen entre los 25 – 30 años; el 84.5 % escolaridad básica, casadas y son amas de casa. Entre los principales beneficios que las mujeres perciben son: mantener buena relación con la pareja el 47.1 %, el 46.5 % atender a su familia y el 44.5 % sentirse tranquila y satisfecha. Concluyeron que a partir de los beneficios percibidos como: relación de pareja, atención a la familia, tranquilidad y satisfacción por parte de la mujer, determinan la práctica de autoexploración de glándula mamaria. De las 155 mujeres, el 45.8 % perciben beneficios al realizar la autoexploración y el 23 % de las mujeres son las que practican la autoexploración mamaria.

Nachez y col. ⁽⁹⁹⁾ Chile en el 2004, realizaron la investigación “Educación continua y práctica de enfermería en el programa detección oportuna de cáncer de mama”. Plantearon como objetivo: determinar si las técnicas de enseñanza influyen en la práctica de detección oportuna de cáncer de la glándula mamaria. Concluyeron que las técnicas de enseñanza con metodologías participativas utilizadas en las sesiones de educación continua influyen positivamente en la práctica de enfermería dentro del programa de detección oportuna de cáncer de mama.

Gómez y col. ⁽¹⁰⁾ Monterrey - México en el 2004. En la investigación “Grado De Conocimientos De Mujeres Profesionistas Sobre Cáncer De Mama”, planteó como objetivo conocer el grado de conocimiento de las mujeres profesionistas sobre cáncer de mama aplicando una encuesta a 250 mujeres mayores de 18 años. Obteniendo las siguientes conclusiones; existe congruencia entre las mujeres que dicen que saben y el rango de aciertos. Hay congruencia entre las que dicen que saben y la calificación obtenida. De los profesionales los médicos son quienes tienen más conocimientos. Las mujeres que saben cómo realizarse la autoexploración de los senos tienen mayor número de aciertos. No existió correlación entre conocimientos ni estudios de postgrado, edad, lugar de entrevista, práctica médica ni el haber tenido un familiar con este problema.

George y Col. ⁽¹¹⁾ Argentina en el 2004 realizaron un estudio titulado: “Nivel de conocimiento: Autoexamen mamario experiencia en dos facultades de la Universidad nacional del Nordeste”, para medir el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas en ambos grupos. Se halló un 82,27% de alumnas de medicina que se practican el autoexamen mamario en contraposición con el 48,1% de la facultad de derecho. Se concluyó que las estudiantes de medicina cuentan con mayor conocimiento respecto al cáncer de mama, con una elevada tasa de realización del autoexamen mamario, adquiriendo la mayor parte de la información de los médicos mientras que las alumnas de la facultad de derecho la obtienen de los medios de comunicación, coincidiendo ambas poblaciones en la importancia del autoexamen mamario para el diagnóstico precoz de esta patología.

Danaei y col. ⁽¹²⁾ investigaron: “Las causas de cáncer en el mundo: la evaluación del riesgo comparativo de nueve factores de riesgo conductuales y ambientales”, calcularon la contribución de diversos factores de riesgo modificables, a la carga global de cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, al sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física. Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad. En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%).

Bonilla C. ⁽¹³⁾ Managua – Nicaragua en el 2008 en su estudio “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz”, Obtuvo como resultados que del total de 100 pacientes entrevistadas, 74 habían oído hablar del autoexamen de mamas. De estas es 56.8% había tenido esta información de personal de salud, seguido de televisión y folletos. Lo que más han oído es que es un examen importante y necesario para detectar patologías de la mama, principalmente el cáncer de mama. El nivel de conocimiento que prevaleció fue el Regular con un 62%, y el 83.8% tuvo una actitud favorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 70.3% de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mama y el nivel de práctica que predominó fue el malo con un 40.6%.

Riquelme y col. ⁽¹⁴⁾ 2003, realizaron una investigación sobre el “Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia”. Participaron del estudio 116 mujeres, de las cuales 75,9 % relataron conocer el autoexamen de las mamas y 65,5 % dijeron practicarlo. Poco más de la mitad de las entrevistadas (51,7%) tenía entre 50 y 59 años, 42,2% se auto declararon de color marrón, 66,4% eran casadas y 95,7% tenía una religión. La muestra de mujeres estudiadas puede ser considerada de baja escolaridad (68,9%), de baja renta (53,4%) y no económicamente activa (67,2%). La mayoría de ellas tenía más de 2 hijos (56,9%), siendo estas prevalencias mayores para aquellas que no practican el AEM. En cuanto al comportamiento, 87,9% de las mujeres no beben, 90,5% no son adictas al tabaco y 89,7% no poseen historial de cáncer de mama en la familia. Predominan las mujeres que frecuentan la USF hace más de 2 años (85,3%), siendo este valor mayor para las mujeres que practican el AEM.

2.1.2. Estudios nacionales

Shigyo. A. y Portugal. C. ⁽¹⁵⁾ Lima en el año 1999, en su investigación Factores asociados en el cáncer de mama. Hospital Nacional Guillermo Almenara en Lima, Perú, 1994-1999. Revisaron historias clínicas de 30 pacientes diagnosticadas y operadas por Cáncer de mama, desde 1941 hasta 1990. Evaluando los factores asociados agrupados en antecedentes ginecobstétricos, patológicos, personales y familiares; encontrando un 30,84% de pacientes con menarquia temprana, un 22,10% de nulípara, el 73,68% tuvo su primer embarazo a término después de los 20 años, el 80,85% no dio lactancia materna, el 12,6% presentó algún antecedente familiar de

cáncer mamario, mientras que en 230 casos no hubo ningún tipo de antecedente ni personal ni familiar. También se encontró promedios de edades más bajos para cáncer de mama en pacientes con antecedentes familiares y resultados no concluyentes en cuanto a antecedentes y características histológicas del cáncer. Esta investigación permitió precisar la variable a estudiar y afinar el planteamiento del problema.

Villacrés K. ⁽¹⁶⁾ Sullana-Piura en el 2002 realizó un estudio titulado “Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para el cáncer de mama en mujeres de Sullana. Piura”. El objetivo fue conocer las actitudes preventivas para el cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en la ciudad de Sullana mediante técnicas de autoexamen mama y mamografía.. La muestra fue de 100 mujeres mayores de 20 años de Sullana. El instrumento fue la encuesta y los resultados se analizaron en Epi-info mediante bioestadística básica descriptiva. Concluyendo que: “Más del 50% de la población encuestada, nunca se realizó un autoexamen de mama y del 56% que afirman conocer la utilidad de este examen, solo el 8% lo realiza correctamente, lo que nos indica una desinformación para la detección temprana del cáncer de mama”.

Ricse J. ⁽¹⁷⁾ Lima en el año 2006 realizó un estudio titulado “Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín” el objetivo fue determinar los factores de riesgo y conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama en usuarias del CSMI

Tablada de Lurín. El método fue cuantitativo de nivel descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 76 mujeres usuarias del CSMITL entre 35 a 64 años, con un promedio de 43 años una desviación estándar de 8.8 y una mediana de 42 donde se concluyó que: “El 48,7% que representa el mayor grupo de mujeres, presento más de 9 factores de riesgo para desarrollar el cáncer de mama, el 36.8% presento alguna enfermedad benigna como factor de riesgo modificable, en cuanto a la variable conocimiento la mitad de las mujeres tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama”.

Bendezú y col. ⁽¹⁸⁾ Ica-Perú en el 2010, quienes realizaron un estudio titulado “Conocimiento y Medidas Preventivas Sobre Neoplasia Mamaria En Usuarias De Un Centro De Salud” El objetivo fue determinar el conocimiento y medidas preventivas sobre neoplasia mamaria en usuarias de un centro de salud de Ica, 2010. El método fue cuantitativo, de tipo descriptivo, y transversal, la muestra estuvo conformada por 80 usuarias que fueron seleccionadas a través del muestreo no probabilístico intencional, la técnica que se utilizó fue la encuesta. En relación a los datos generales, el 40% tiene de 36 a 45 años de edad y tienen 2 hijos, el 64% tienen instrucción secundaria. Respecto al conocimiento que tienen sobre neoplasia mamaria, el 65% tienen nivel de conocimiento medio. El 66% realiza medidas preventivas desfavorables.

Jara A y Peña S ⁽¹⁹⁾, Lima – Perú en el 2011, en su investigación: “Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero – febrero 2011”, El 17.1% presenta alto nivel de conocimientos, el 68.7% presenta nivel de conocimientos medio y el 14.3% bajo nivel de conocimientos. De acuerdo a los resultados, concluyeron que a mayor grado de instrucción, existe un mayor nivel de conocimientos, las diferencias resultaron significativas, ya que el 68,6% del conocimiento alto total lo representan las usuarias con grado de instrucción superior universitario, un 64.9% son de superior no universitario y tienen un conocimiento medio, mientras que el 62.5% de las usuarias con primaria tienen conocimiento bajo.

Romaní1 y col. ⁽²⁰⁾, Lima - Perú en el 2012, quienes realizaron un estudio titulado: “Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados”. Tuvo como resultado que el 34,6% de las mujeres peruanas de 20 a 49 años se realizó el autoexamen de mama. Los factores sociodemográficos asociados significativamente a la realización del autoexamen de mama fueron: el tener una edad entre 30 a 39 años y entre 40 a 49 años; el poseer índice de riqueza medio, rico, o muy rico; el tener entre 1 y 2 hijos; y el haberse sometido a un examen clínico de mama por un profesional de la salud en los últimos 5 años; para todos los casos $p < 0,05$. Además, las mujeres de la sierra y selva alta tuvieron menor probabilidad de realizarse el autoexamen de mama.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. *Bases teóricas de factor de riesgo*

El término riesgo se refiere a la probabilidad de que un evento indeseado ocurra. Desde el punto de vista epidemiológico, el término es utilizado para definir la probabilidad de que individuos sin una cierta enfermedad, pero expuestos a determinados factores, adquieran esta molestia. Los factores que se asocian al aumento de riesgo de contraer una enfermedad son llamados factores de riesgo.

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias que hacen que una persona tenga mayor tendencia o proclividad a sufrir una enfermedad. En el caso del cáncer de la mama hay factores que se consideran como de alto, mediano y bajo riesgo: Hay diferentes tipos de factores de riesgo, algunos de ellos, como la edad o la raza de una persona, no se pueden cambiar, otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales. Otros más están relacionados con decisiones personales como fumar, tomar alcohol y la alimentación. Algunos tienen más influencia que otros y el riesgo de cáncer de mama cambia con el transcurso del tiempo. ⁽²¹⁾

La OMS define lo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. ⁽²²⁾

Feinholz y Ávila igualan el factor de riesgo al grupo de riesgo y lo definen como: "el atributo de un grupo que presenta mayor incidencia de una determinada patología en comparación con otros grupos poblacionales, definidos por la ausencia o baja aparición de tal característica". Ellos distinguen los factores de riesgo que pueden ser prevenibles, de los marcadores de riesgo que serían "atributos inevitables, ya producidos, cuyo efecto se halla, por tanto, fuera de control". ⁽²³⁾

2.2.2. Bases teóricas de conocimiento

Mario Bunge, define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos y enunciados que pueden ser claros precisos, ordenados, vagos e inexactos; pudiendo ser conocimiento científico o conocimiento ordinario. Al primero lo identifica como un conocimiento racional, objetivo, sistemático y cuantificable a través de la experiencia; y al segundo como un conocimiento vago, inexacto y limitado a la observación. ⁽²⁴⁾

Por otro lado **Muñoz y Riverola** definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. Mientras **Alavi y Leidner** lo conceptualizan como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez

articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. En este momento, señalan, Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre- saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. ⁽²⁵⁾

Según la literatura revisada el conocimiento tiene tres características básicas:

- El conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas; su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma”, permite “entender” lo fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. ⁽²⁶⁾

- Sirve de guía para la acción de las personas, en sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos. ⁽²⁶⁾
- Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficiente. ⁽²⁶⁾

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Generalidades sobre el cáncer de mama

El cáncer de mama, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos de la mama. Cada mama tiene entre 15 y 20 secciones (lobulillos). La mujer descubre un bulto mamario, no doloroso, de un tamaño que nos referirá como el de una aceituna, nuez, etc., de consistencia firme de bordes imprecisos, y que en ocasiones retrae la piel o el pezón. Pasados seis meses el nódulo duplica su tamaño y frecuentemente esta ya adherido a la piel. Transcurrido un año, puede aparecer un ganglio linfático axilar, grande, duro, a veces doloroso, que dificulta el movimiento del brazo. Al mismo tiempo, el nódulo primitivo condiciona un edema de la piel adyacente y esta adherido en profundidad a la pared torácica.

Al cabo de varios meses, la mama se ulcera, se forma un mazacote adenopático axilar y frecuentemente aparecen signos demostrativos de metástasis a distancia, como tos y disnea por afectación broncopulmonar o bien dolores óseos, de preferencia en la columna vertebral. En este momento es muy frecuente la aparición de ganglios supraclaviculares homolaterales metastásicos, que ya se consideran como M1. La muerte se aproxima tras anorexia, impregnación toxica paraneoplásica, caquexia, pérdida de actividad física, narcosis y un progresivo estado de derrumbamiento global con propensión a todo tipo de infecciones las que son típicas las bronconeumonías que resultan terminales, y que están facilitadas por las metástasis pulmonares y por la inmovilización en cama debida al cuadro general o a las fracturas patológicas y con dolores óseos muy intensos. ⁽²⁷⁾

Epidemiología

Cada año se producen 1,38 millones de nuevos casos y 458, 000 muertes por cáncer de mama, siendo la primera causa de muerte entre las mujeres a nivel mundial. El cáncer de mama es, de lejos, el más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En los países de ingresos bajos y medios, se sabe que se producen la mayoría de muertes siendo 269 000 casos, donde la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados debido a la falta de sensibilización sobre la detección precoz y los obstáculos al acceso a los servicios de salud. ⁽²⁸⁾

En el Perú, el cáncer en general es una de las principales causas de muerte; para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de muerte, solo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas. En Europa y EE.UU se diagnostican más de 200 mil casos cada año, de los cuales 40 mil fallecen. En América Latina y el Caribe, en los últimos 15 años, mientras los servicios de salud enfocaban sus esfuerzos en la epidemia del cáncer cervicouterino en los programas de salud dirigidos a la población femenina, la prevalencia del cáncer de mama aumentaba sin que su presencia se considerara una prioridad a combatir por parte de las instituciones públicas. Pero la tasa de mortalidad por cáncer de mama supero a la del cáncer cervico uterino.

Del total de casos del mundo el 31% se encuentra en los países en desarrollo. Es la principal causa de mortalidad en mujeres entre los 35 y 64 años, las tasas de incidencia han aumentado anualmente en un 5%. Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, en varones es menos de 1% de los casos totales, presenta el 32% del total de los canceres en las mujeres, el riesgo de padecer cáncer de mama es de 8% a 12 % y el de morir es de 3.6 a 4%.⁽²⁸⁾

- Manifestaciones clínicas síntomas más comunes :
 - Masa o nódulo en la mama o axila
 - Secreción espontanea del pezón
 - Retracción o inversión del pezón
 - Cambio en el tamaño, forma o la textura de la mama

Niveles de Prevención

Las acciones de los servicios de la salud y por ende el actuar de los profesionales tiene como objetivo disminuir el sufrimiento humano manteniendo la salud de los individuos. ⁽²⁹⁾

Según Leavell y Clark existen 3 niveles de prevención. ⁽³⁰⁾

• *Prevención primaria.*

Es la promoción, fomento de la salud y la protección específica. Su acción está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden deteriorar la salud y producir la enfermedad. Tiene como acciones:

- Mejoramiento de las condiciones económicas y sociales de la población
- Promoción de campañas de salud.
- Divulgación de prácticas de auto cuidado
- Educación acerca de los factores de riesgo su vigilancia y control
- Mejoramiento del ambiente como la adecuada conservación del agua, adecuada disposición de los desechos, etc.
- La protección específica con la aplicación de vacunas

• *Prevención secundaria.*

Comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño. Busca resolver los problemas de salud en las fases iniciales, evitando. Complicaciones y deterioro de la calidad de vida. Tiene como acciones:

- Búsqueda y captación de usuarios para la vigilancia y control de riesgos

específicos (prenatales, mujeres en edad fértil, etc.)

- Consulta médica precoz
- Exámenes de laboratorio y otros medios de diagnóstico (screening tamización)
- Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud.

• ***Prevención terciaria.***

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

a) Definición Cáncer de mama

El cáncer por definición consiste en la transformación de células benignas en células malignas que crecen en forma autónoma y desordenada, ocasionada por una mutación o alteración de un gen. Las células alteradas proliferan hasta conformar el tumor, en forma de nódulo o masa, el cual, en el caso de la mama, puede ser palpable mediante el autoexamen o por parte del médico, o tan pequeño que requiera medios especiales de diagnóstico como la mamografía. El cáncer del seno o de la mama, puede derivarse de los diferentes tejidos o elementos que constituyen la anatomía de la glándula mamaria. ⁽³¹⁾

b) Signos y síntomas

Más del 80% de los cánceres mamarios se descubren por la palpación de la paciente de un bulto. Una cantidad muy pequeña presenta una historia de dolor y ninguna masa, con agrandamiento del pecho o con un espesor indefinible en el pecho. Un hallazgo típico del examen físico es una masa dominante un trozo distintamente diferente del tejido del pecho del circundante.

Los cánceres mamarios más avanzados se caracterizan por fijación de la masa a la pared del pecho o a excesiva piel, por la presencia de nódulos satélite o ulceraciones en la piel, o por exageración de las marcas usuales en la piel resultantes de un linfodema peau d'orange. Si se presentan nódulos linfáticos axilares enmarañados o fijos o una linfadenopatía supraclavicular o infraclavicular, la cirugía tiene bajísima probabilidad de ser curativa.

El cáncer mamario inflamatorio es particularmente virulento, caracterizado por la inflamación difusa y agrandamiento del pecho, a menudo sin una masa. El cáncer mamario en etapas tempranas no causa dolor, sin embargo usualmente se ve asociado a sensaciones inusuales en el seno como mayor sensibilidad y ardor.⁽³²⁾

c) Tipos de cáncer de mama

El Diccionario de la Sociedad Americana del Cáncer (2011) señala que el cáncer de mama puede ser: ⁽³³⁾

• ***Carcinoma ductal in situ.***

Cáncer que se origina en las células de los conductos mamarios y que no han penetrado las paredes del conducto hacia el tejido circundante. Esta es una forma muy curable del cáncer de seno que se trata con cirugía seguida de radioterapia.

• ***Carcinoma ductal invasivo.***

Cáncer que se origina en los conductos mamarios del seno y después irrumpe a través de la pared del conducto e invade el tejido adiposo del seno. Cuando llega a este punto, tiene potencial para propagarse (hacer metástasis) a cualquier lugar del seno, así como a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático. El carcinoma ductal invasivo es el tipo más común de cáncer del seno, y corresponde al 80% de las condiciones malignas del seno.

• ***Carcinoma lobulillar invasivo.***

Cáncer que se origina en las glándulas productoras de leche del seno (lobulillos) y después irrumpe a través de las paredes de los lobulillos e invade el tejido adiposo cercano. De allí, se propaga a cualquier lugar del seno. Con frecuencia, es difícil detectarlo por medio del examen físico o incluso a través de una mamografía.

2.3.2. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es un conjunto de factores que aumenta la probabilidad o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o desencadenar un proceso mórbido. ⁽³⁴⁾

2.3.3. Factores de riesgo no modificables

Son aquellos factores relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la herencia.

- **Edad.**

Más del 80 % de los casos de cáncer de mama ocurren entre las mujeres de 50 años en adelante. A medida que avanza la edad y se llega a la séptima, octava o novena década de la vida, es más frecuente que se presente, así una de cada 10 mujeres de 80 años de edad lo sufren, cuando solamente una de cada 2500 de 30 años de edad padecen este cáncer, aunque también es posible. Es decir, la edad avanzada es un factor de riesgo importante; menos del 1% de todos los cánceres mamarios se producen en mujeres menores de 25 años de edad. Después de los 30 años, sin embargo, se incrementan de manera aguda la incidencia de este tipo de cáncer, salvo por la meseta breve que ocurre entre los 45 y los 50 años de edad, esta incidencia se incrementa de manera sostenida con el paso de la edad. ⁽³⁵⁾

- ***Raza.***

Las mujeres blancas, incluidas las latinoamericanas, tienen un riesgo mayor que las mujeres negras o asiáticas de desarrollar cáncer de mama. Se ha encontrado una disparidad en cuanto a la incidencia y mortalidad por cáncer de mama entre diferentes razas; esto posiblemente se debe a factores asociados a falta de acceso a los servicios de salud, estilos de vida y estatus económico bajo.

(36)

- ***Sexo.***

El hecho simple de ser mujer es el principal factor de riesgo más importante de padecer cáncer de mamas. Los hombres pueden padecer cáncer de seno, pero esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres. Esto probablemente se debe a que los hombres tienen menos de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, lo que puede promover el crecimiento de células cancerosas de seno. (37)

- ***Presencia de genes específicos.***

Ciertas mutaciones genéticas incrementan el riesgo de cáncer de mama. El cáncer de seno puede ser causado por mutaciones o cambios en algunos genes, a las que la persona está predispuesta de forma hereditaria. Los genes de una persona, localizados en las células, contienen información recibida o heredada de sus padres; a veces esta información se traduce en enfermedades hereditarias, como en el caso de cáncer de seno hereditario, que se presenta en 5% a 10% de todos los cánceres de este tipo.

La alteración de algunos genes, predispone al desarrollo de cáncer de seno, siendo más frecuentes en ciertos grupos étnicos. Los genes hereditarios que se han encontrado asociados a cáncer de seno son entre otros, BRCA-1, BRCA-2. Las personas portadoras de estos genes tienen entre 50% y 90% de posibilidad de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida. Se han desarrollado pruebas para detectar los genes alterados, pero no son pruebas usadas para tamizaje de cáncer de seno, es decir para evaluación de riesgo de desarrollar la enfermedad, excepto en grupos de alta probabilidad, como aquellos casos que presentan una historia familiar marcada. Realmente hay que decir que como sucede con todas las enfermedades cuyo fundamento son mutaciones o alteraciones de los genes, las personas pueden sufrir cáncer del seno sin tener ningún factor de riesgo. En esos casos las mutaciones son espontáneas. ⁽³⁸⁾

- ***Historia personal.***

Una mujer con cáncer en una mama tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama o en otro lugar del mismo seno. Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama experimentan un riesgo de cerca de 50% de desarrollar cáncer mamario microscópico en la mama contra lateral. También se correlaciona con aumento del riesgo de cáncer de mama; o un carcinoma lobular o ductal in situ (dos tipos de tumor maligno que aparecen en los lóbulos o en los conductos de los senos, o conductos mamaros). Otro posible factor de riesgo es una hiperplasia benigna, una especie de tumor no maligno, que altera el tejido del seno. ⁽³⁹⁾

- ***Historia familiar.***

Cualquier antecedente familiar de cáncer mamario aumenta el riesgo relativo global de cáncer de esta glándula en la mujer²⁵. Tener una madre, hermana o hija que padezca cáncer de mama incrementa el riesgo. Hay factores de riesgo moderados como la presencia de cáncer en una mujer de la familia con quien se tiene un primer grado de consanguinidad como la madre, la hermana o una hija. Si hay dos o más familiares con historia de cáncer de seno incrementan de manera notable. Además este riesgo se eleva si el familiar que ha padecido cáncer lo ha hecho antes de la menopausia, o si ha afectado a los dos senos. ⁽⁴⁰⁾

- ***Enfermedades previas de la mama.***

Las mujeres que presentan mastopatias crónicas tendrían cuatro veces mayor riesgo que las mujeres normales. Se tiende a pensar que el acrecentamiento del riesgo estaría limitado a mujeres con lesiones proliferarías epiteliales, del tipo de la hiperplasia atípica lobulillo. La mastopatía sería una afección pre maligna que o predispone al cambio neoclásico, o es de por sí una manifestación temprana del cambio maligno. Otros autores piensan que tanto la enfermedad benigna como la maligna, estarían regidas por el mismo patrón hormonal. Haber tenido una enfermedad mamaria benigna parece incrementar el riesgo sólo en aquellas mujeres que tienen un elevado número de conductos mamaros incluso en estos casos, el riesgo es moderado a menos que se encuentre tejido anormal (hiperplasia atípica) durante una biopsia o exista o una historia familiar de cáncer de mama. ⁽⁴¹⁾

- ***Menarquia temprana / Menopausia tardía.***

Cuanto más prolongada la fase reproductiva de una mujer, mayor su riesgo de sufrir cáncer mamario. Por lo tanto, la edad mediana en el momento de la menarquia es más baja en las mujeres que desarrollan cáncer mamario, y la menopausia natural las protege contra el desarrollo de este cáncer. Las mujeres que tuvieron su primera menstruación antes de los 12 años o a quienes presentan menopausia después de los 50 presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad. Es decir los factores de riesgo, son: inicio temprano del ciclo menstrual (antes de los 12 años), menopausia tardía (después de los 50 años).⁽⁴²⁾

2.3.4. Factores de riesgo modificables

Son aquellos susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos con acciones preventivas.

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

Las mujeres que tienen un bebé antes de los 30 años, tienen bastantes hijos y las que amamantan están en menos riesgo de padecer cáncer de mama. También tienen un riesgo moderado de hacer cáncer de mama las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término, es decir, exitoso después de los 30 años de edad o quienes nunca estuvieron embarazadas. Además las mujeres que tienen a su primer hijo durante una parte más tardía de la vida experimentan una incidencia mayor de cáncer mamario que las mujeres primigravidas más jóvenes.⁽⁴³⁾

La hipótesis de que la lactancia disminuya el cáncer de mama tiene más de 50 años. Varios estudios realizados en las últimas décadas presentan pequeñas o ninguna diferencia entre las mujeres que amamantan y aquellas que no lo hacen. Por lo tanto el efecto protector de la lactancia es pequeño o no existe. Sin embargo hace unos años se ha publicado la situación que ocurre entre las mujeres Tanka en Hong Kong. Estas mujeres acostumbran amamantar a sus hijos solo con la mama derecha y el cáncer ocurre en la mama izquierda⁽⁴³⁾.

• ***Historia de Aborto.***

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

Más de 20 estudios fueron revisados por el Dr. Joel Brind, que en 1996 publicó una revisión de estos hechos en la revista *Journal Of. Epidemiology and Community Health*, donde existían alrededor de 18 estudios que postulaban una asociación. Sin embargo, en el mismo artículo mencionaba que existía alrededor de cinco estudios que no mostraban ninguna relación. Como el número de estudios no es lo más importante, sino la calidad de los mismos y el número de pacientes que intervinieron, la comunidad médica nunca tomó una posición definida al respecto, especialmente porque el aborto es un tema bastante controversial.⁽⁴³⁾

- ***Uso de Anticonceptivos orales.***

El uso prolongado y a largo tiempo de las píldoras anticonceptivas puede incrementar ligeramente, en algunos casos, el riesgo de padecer cáncer de mama. Los anticonceptivos orales producidos antes de 1975 probablemente constituyeron un factor de riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, los anticonceptivos modernos tienen cantidades muy pequeñas de estrógenos y el consenso de opinión en la actualidad es que no hay un riesgo importante de desarrollar cáncer de mama con el uso o empleo de anticonceptivos orales. ⁽⁴⁴⁾

- ***Uso de Terapia Hormonal Sustitutiva.***

Ciertos investigadores indican que a partir de los 10 años con terapia hormonal sustitutiva (THS) puede aumentar el riesgo de cáncer, mientras que otros destacan que no importa durante cuánto tiempo se ha tomado en el pasado, puesto que el riesgo de cáncer existe entre las que siguen la terapia hormonal, no entre las que la siguieron en un pasado.

Aunque el tratamiento con estrógenos para los síntomas menopáusicos no aumentan probablemente el riesgo de cáncer de mama, el empleo prolongado de los mismos (durante más de 10 años, otros autores mencionan mayor de 5 años) o las dosis más elevadas de estos podrían incrementarlo. En una meta análisis se sugiere que la administración posmenopáusicas de estrógenos es un factor de riesgo. Se acepta en la actualidad que durante la vida posmenopáusica, deben

administrarse estrógenos a una dosis baja ya sea de manera cíclica o en combinación con progestágenos. Aunque los estrógenos pueden incrementar ligeramente la incidencia de cáncer mamario, se justifica su empleo sensato porque disminuyen la mortalidad por osteoporosis y cardiopatías. ⁽⁴⁵⁾

- ***Obesidad.***

El elevado consumo de grasas animales y saturadas en general, propio de los países industrializados de occidente, tienen una gran importancia en la mayor morbilidad del cáncer de mama, especialmente después de la menopausia, estos son factores importantes de riesgo moderado. El colesterol elevado actúa como precursor de la síntesis de esteroides. Los estrógenos se almacenan en el tejido adiposo corporal y la grasa dietaria incrementa la prolactina hipofisiaria, con lo que aumenta la producción de estrógenos.

Las mujeres obesas diagnosticadas por cáncer mamario tienen una mayor tasa de mortalidad, lo que puede estar relacionado con estas influencias hormonales o con retraso del diagnóstico. Las mujeres que se encuentran obesas al momento del diagnóstico tienen una enfermedad más agresiva con una prognosis más pobre. A pesar de no tener ninguna constatación científica definitiva, muchos investigadores indican que seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, así como practicar ejercicio físico de forma regular pueden ayudar a prevenir la aparición de cáncer de mama. ⁽⁴⁶⁾

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

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

• ***Factores medioambientales.***

Se está investigando la posible influencia de pesticidas, campos electromagnéticos o contaminantes en agua y comida. Se han encontrado un incremento en el cáncer de mama asociado al uso prolongado de carbón como combustible.

• ***Consumo de alcohol.***

Tomar regularmente más de dos unidades de alcohol por día incrementa el riesgo de tener cáncer de mama. Como factor de riesgo, el alcohol aún es motivo de controversia; sin embargo se detecta un riesgo ligeramente mayor en mujeres que toman incluso una copa (entre 10n a 15 gramos de OH) al día. El riesgo se duplica entre mujeres que beben tres copas al día. En países donde se toma vino a diario (p.ej., Francia, Italia), la tasa es ligeramente mayor. Algunos hallazgos en las investigaciones sugieren que las mujeres jóvenes que beben alcohol son más vulnerables en etapas posteriores ⁽⁴⁷⁾.

- ***Consumo de Tabaco.***

El consumo habitual de tabaco aumenta el riesgo de sufrir cáncer de mama y elimina el efecto protector de la lactancia materna respecto a esta enfermedad, según un nuevo estudio publicado en el Journal of THE Cáncer Institute. Un amplio estudio en más de 116.000 mujeres realizado sugiere que el fumar genera una significativa amenaza. Durante los cuatro años que duró el estudio, 2005 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer invasivo de mama. La tasa entre mujeres que fumaban fue de cerca de 30% más alto que en aquellas que nunca habían probado un cigarrillo. ⁽⁴⁸⁾

- ***Situaciones de Estrés.***

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

2.3.5. Prevención de cáncer de mama

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

De acuerdo con el diccionario del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos la prevención se define como: “las medidas tomadas para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección” ⁽⁴⁹⁾. Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (1998) define la prevención de la siguiente manera: “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. ⁽⁵⁰⁾ En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emanan del sector sanitario, y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. ⁽⁵¹⁾

Autoexploración de mamas

Muchas mujeres optan por explorarse ellas mismas la mama una vez al mes. Es importante señalar que la mama de cada mujer es diferente y que además cambia debido a la edad, ciclo menstrual, embarazo, menopausia, o la toma de

anticonceptivos orales u otras hormonas. Es común que la mama esté hinchada y muy sensible antes o durante la menstruación. La mujer tiene que consultar con su médico cualquier cambio que experimente en sus mamas tanto si lo ha detectado durante la autoexploración de la mama como si ha sido en otra situación. Y, de nuevo, recuerde que para las mujeres de más de 50 años, la autoexploración de la mama no es un sustituto de la realización periódica de la mamografía ⁽⁵²⁾.

El cáncer de mama en fase precoz no causa dolor. De hecho, cuando el cáncer de mama empieza a desarrollarse, no da síntoma alguno. Pero como el cáncer crece, puede ocasionar cambios que la mujer debe vigilar:

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

El examen clínico

Una zona anormal en la mamografía, un bulto, u otros cambios en la mama pueden ser causados por el cáncer, o bien por otros problemas menos serios. Para hallar la causa de alguno de estos signos o síntomas, el médico realiza un examen físico cuidadoso y pregunta a la mujer acerca de su historial médico y el de su familia. Además de una revisión general, el médico lleva a cabo una o más de las exploraciones de la mama que se describen a continuación ⁽⁵²⁾:

- ***Palpación.***

El médico puede averiguar muchas cosas sobre un bulto en la mama (tamaño, textura, movilidad) a través de su palpación cuidadosa y también de la de los tejidos de alrededor. Los bultos benignos son diferentes de los cancerosos.

- ***Mamografía.***

La radiografía de la mama puede aportar una información de gran ayuda para el médico acerca de un bulto de la mama. Si se aprecia alguna zona sospechosa o que no es del todo clara, pueden ser necesarias algunas radiografías adicionales.

- ***Ultrasonografía.***

Con esta técnica (ondas sonoras de alta frecuencia), se puede diferenciar entre un bulto sólido (sospechoso) o con líquido (probablemente un quiste benigno). Esta exploración debe ser realizada junto con la mamografía. A partir de los resultados obtenidos, el médico puede decidir que no hacen falta exploraciones adicionales ni la aplicación de ningún tratamiento. En estos casos, el médico controlará a la mujer de forma regular para vigilar la existencia de algún cambio. Sin embargo, otras veces, el médico tiene que obtener una muestra de líquido o tejido de la mama para hacer un diagnóstico.

- ***Aspiración o biopsia con aguja fina.***

Se utiliza una aguja para obtener líquido o una pequeña cantidad de tejido de un bulto de la mama. Con este procedimiento se puede observar si el bulto es un quiste lleno de líquido (no es cáncer) o bien se trata de una masa sólida (que puede ser cáncer o no). Utilizando técnicas especiales, se puede extirpar con una aguja el tejido de una zona sospechosa que se observa en la mamografía y que no se puede palpar. Si el tejido es extirpado con una aguja de biopsia, posteriormente es examinado para buscar si hay células cancerosas.

- ***Biopsia quirúrgica.***

El cirujano extrae parte o la totalidad del bulto o del área sospechosa. Un anatómo-patólogo examina el tejido mediante un microscopio, en busca de células cancerosas.

La mamografía

Es una radiografía especial de la mama, técnica para obtener imágenes de las mamas que permite detectar lesiones no palpables y asistir en el diagnóstico de masas palpables. Cuando se realiza una mamografía en una mujer que no presenta ningún síntoma de cáncer de mama, se dice que estamos haciendo un cribaje. Aunque la mamografía no puede detectar todos los cánceres de mama, actualmente es la mejor herramienta de detección precoz de que disponemos. Los estudios llevados a cabo demuestran que la realización de mamografías

regularmente (no sólo una vez) salva vidas en mujeres de 50 años o más. Entre los expertos hay discrepancias sobre la regularidad de la práctica de mamografías en mujeres menores de 50 años.

En la mamografía, se utiliza un nivel muy bajo de radiación se realizan dos radiografías de cada mama, una de lado y otra desde arriba esta tiene que ser apretada entre dos placas para que la imagen sea clara. Esto resulta un poco incómodo pero dura pocos segundos. En muchos casos (pero no en todos), las mamografías pueden mostrar tumores de la mama antes de que causen síntomas o puedan palpase. Una mamografía puede mostrar también depósitos de calcio en la mama. Aunque la mayoría de depósitos de calcio son benignos, la presencia de un grupo de diminutos granitos de calcio (llamados microcalcificaciones) puede ser un signo precoz de cáncer. Para las mujeres, la exploración de la mama por parte del médico (llamado exploración clínica de la mama generalmente forma parte del chequeo médico periódico. Sin embargo, hay que recordar que a partir de los 50 años la exploración mamaria en la mujer no sustituye a la práctica regular de la mamografía ⁽⁵²⁾.

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

2.3.6. El obstetra en la detección temprana del cáncer de mama

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

Las estrategias preventivas destinadas a reducir la exposición a los factores de riesgo del cáncer como por ejemplo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con su comité de expertos mostró su preocupación por lo que consideran una epidemia y actualmente desarrollan una estrategia mundial para combatir el cáncer.

Esta iniciativa busca disminuir los casos de cáncer evitables por medio de la reducción de factores de riesgo como el consumo de tabaco o alcohol, el sedentarismo y la exposición a agentes infecciosos. Para ponerle un alto a la epidemia del cáncer es necesario que los países que cuentan con mayor conocimiento y desarrollo científico colaboren y asesoren a las regiones más pobres, para que así los tratamientos sean más accesibles.

La detección temprana del cáncer de mama es muy importante porque determina la calidad de los cuidados a seguir, siendo las principales funciones de la obstetra en la detección de cáncer los siguientes ⁽⁵³⁾:

- Elaborar una buena anamnesis sobre los antecedentes familiares o personales de patología mamaria, valorando pequeñas alteraciones que aparezcan en el seno, enseñando a las mujeres a conocer su propio cuerpo.
- Participar en el equipo multidisciplinario en la implementación de programas de detección de riesgo de cáncer de mama en la población susceptible.
- En las campañas de educación sanitaria, enseñando a las mujeres a practicar prioritariamente la autoexploración mamaria.
- En las campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, concientizar a la mujer sobre la importancia de detectar precozmente el cáncer de mama en estadios iniciales, debido a su alta malignidad, y el riesgo de las mutilaciones.
- Participando en la realización de pruebas diagnósticas entre ellas: mamografías, ecografías y cito punción.
- Ayudando a las pacientes y familias a superar el miedo y la ansiedad propia de la enfermedad, proporcionando información seguridad, esperanza y potenciando el auto cuidado y la autoestima.

2.3.7. Conocimiento de medidas preventivas

a. Definición

El conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema. Por su parte Mario Bunge, define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos y enunciados que pueden ser claros precisos, ordenados, vagos e inexactos; pudiendo ser conocimiento científico o conocimiento ordinario. Al primero lo identifica como un conocimiento racional, objetivo, sistemático y cuantificable a través de la experiencia; y al segundo como un conocimiento vago, inexacto y limitado a la observación ⁽²⁴⁾.

b. Conocimiento sobre prevención de cáncer de mama

En la actualidad lo único que ha demostrado resultados efectivos en la prevención del cáncer mamario es un diagnóstico oportuno que permita efectuar un tratamiento adecuado en un estado precoz de la enfermedad. Los avances en las imágenes mamarias se han desarrollado de tal manera que han pasado a ser la clave junto al examen clínico de un especialista y la autopalpación para detectar este cáncer en su etapa inicial. El hacer todas estas cosas les da la mejor probabilidad de detectar el cáncer lo más temprano posible. La detección temprana del cáncer de seno hace que el tratamiento sea más fácil y efectivo ⁽⁴⁹⁾.

Más de 90 de cada 100 mujeres a las cuales se les detecta el cáncer de seno a tiempo serán curadas. Por todo ello es de suma importancia que la mujer tenga y maneje adecuadamente los conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama, ya que estos le permitirán identificar anomalías, signos de alarma etc. y estarán presentes en todo momento para guiar sus acciones tales como el autoexamen de mamas, las consultas con el especialista y las mamografías.

2.4. Definición operacional de variables en estudio

2.4.1. Características sociodemográficas

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

2.4.2. Variable de control

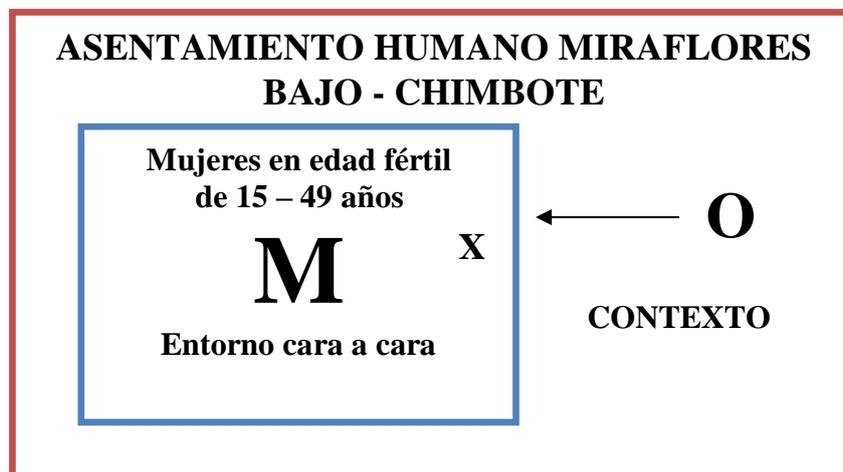
- **Sexo:** condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- **Edad:** mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años.

III. Metodología

3.1. Diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo. Las variables serán medidas y descritas tal como se presentaron en la realidad. Diseño de investigación descriptiva simple de una casilla de cohorte transversal. ⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾

Esquema:



Donde:

M: Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que radiquen en el ámbito de estudio.

O: Representa lo que se observa.

X: Factores de riesgo y conocimiento de prevención de cáncer de mama

3.2. Población y muestra.

El ámbito geográfico de la investigación lo constituye el Asentamiento Humano Miraflores Bajo, distrito Chimbote, provincia de Santa y región Ancash. La población total lo constituyen 1,344 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.

3.2.1. Muestra

La muestra la constituyeron 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que cumplieron con los criterios de inclusión.

➤ Criterios de inclusión y exclusión para el estudio

❖ Criterios de Inclusión

- Mujeres entre los 15 a 49 años
- Mujeres que radiquen en el ámbito de estudio y acepten voluntariamente participar.

❖ Criterios de exclusión

- No participan mujeres que sean menores de 15 años ni mayores de 49 años
- Mujeres con capacidades distintas, minusvalías y/o con dificultades para comunicarse.
- Mujeres en edad fértil mastectomizadas, con diagnóstico de cáncer de mama o recibiendo tratamiento para el mismo.
- Mujeres en edad fértil con alteraciones genéticas como Síndrome de Down o Tharner.

➤ Definición operacional de variables

Matriz de operacionalización de variables. (ver cuadro 1 y 2)

3.4. Técnicas e instrumento de medición

3.4.1. Técnica

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

3.4.2. Instrumento

En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizó el cuestionario para identificar los factores de riesgo de cáncer de mama (anexo N°1) el mismo también para el conocimiento de prevención de cáncer de mama que está compuesto por seis preguntas cerradas con respuestas multivariadas donde las respuestas tienen un puntaje de 1 para la respuesta correcta y 0 para la incorrecta.

3.4.3. Procedimiento

Se entregó a cada participante el formulario con los cuestionarios, brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente. Se hizo llegar con anticipación un formulario con: información a la participante y solicitud de consentimiento para participación en el estudio. Una vez obtenida la autorización, se explicó a las participantes los objetivos de la investigación y su participación voluntaria en ella y se solicitó previamente su consentimiento (Anexo 04). La encuesta se realizó en su propia casa, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

En todo momento de la investigación se siguió los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

- Se informó de los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- Se informará el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

3.5. Plan de análisis

Luego de la recolección de la información se pasó a realizar el llenado de la base de datos computarizada, mediante la utilización del programa "EXCEL", previa codificación de cada uno de los ítems del trabajo de investigación. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSSV20 (Statistical Package for the Sciences) Versión 20 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráficos.

Cuadro1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Factores de riesgo	Conjunto de condiciones que favorecen la presencia de una neoplasia mamaria como enfermedades degenerativas-patológicas de las mamas.; existiendo condiciones susceptibles de modificarse y condiciones que no son susceptibles de modificación.	Factores no modificables	<ul style="list-style-type: none"> • Edad, raza, historia personal, historia familiar, menarquia temprana, menopausia tardía. 	Cuantitativa	Nominal	Riesgo Sin riesgo
		Factores de riesgo modificables	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad, tiempo de lactancia, historia de numero frecuente de aborto, uso de anticonceptivos orales, uso de terapia hormonal sustitutiva, obesidad, consumo de alcohol, tabaco, presencia de estrés. 			Riesgo Sin riesgo

Cuadro 2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENTIVAS DE CÁNCER DE MAMA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento de medidas preventivas de cáncer de mama	Representación mental, acerca de temas relacionados al cáncer de mama, como en este caso sobre conceptos, medidas preventivas producto de las experiencias previas.	Conocimientos sobre la prevención de cáncer de mama	• Concepto de cáncer mamario.	Cuantitativa	Nominal	Alto Medio Bajo
			• Detección precozmente del cáncer de mama.			Alto Medio Bajo
			• Frecuencia del autoexamen de mamas.			Alto Medio Bajo
			• Momento oportuno para la revisión de las mamas.			Alto Medio Bajo
			• Frecuencia recomendable para realizarse una consulta medica			Alto Medio Bajo
			• Edad recomendable para hacerse una mamografía			Alto Medio Bajo
			• Frecuencia recomendable para realizarse una mamografía			Alto Medio Bajo

IV. Resultados

4.1. Resultados

TABLA 01.

Factores no modificables del cáncer de mama de las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote, 2013.

FACTORES NO MODIFICABLES	TOTAL	
	N	%
EDAD		
15 - 22 años	34	34,0
23 - 30 años	28	28,0
31 - 38 años	21	21,0
39 a 49 años	17	17,0
RAZA		
Blanca	21	21,0
Negro	0	0
Indoamericano	79	79,0
HISTORIA PERSONAL		
Ninguno	100	100,0
Enfermedad benigna de la mama	0	0
Otro tipo de cáncer	0	0
HISTORIA FAMILIAR		
Ninguna	87	87,0
Madre	4	4,0
Hermana	4	4,0
Hija	0	0
Abuela	5	5,0
PRIMERA MENSTRUACIÓN		
Menarquia Normal (12 - 15 años)	92	92,0
Menarquia Temprana (< 12 años)	8	8,0
Menarquia Tardía (>15 años)	0	0
EDAD QUE DEJÓ DE MENTRUAR		
Sigue menstruando	98	98,0
Menopausia Normal (<55 años)	2	2,0
Menopausia temprana	0	0
Menopausia tardía (>55 años)	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo durante los meses de Setiembre y Diciembre del 2013.

La Tabla 01, hace evidente a los factores no modificables que presentan las mujeres frente al cáncer de mama observándose que la edad de las mujeres (17,0%) oscila entre los 39 - 49 años siendo un factor importante. La raza con incidencia a cáncer de mama es la blanca encontrándose el 21,0%. El 100,0% de las mujeres niegan haber padecido de cáncer de mamá anteriormente, pero el 14,0% tiene un antecedente familiar que padece cáncer de mama teniendo un mayor riesgo al igual que el 8,0% que tuvieron una menarquia precoz a padecer esta enfermedad. Con respecto a la menopausia el (98,0%) de las mujeres sigue menstruando.

TABLA 02.

Factores modificables del cáncer de mama de las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote, 2013.

FACTORES MODIFICABLES	TOTAL	
	n	%
N° DE GESTACIONES		
Nulípara	39	39,0
Primigesta	25	25,0
Multigesta (2-3)	25	25,0
Gran multigesta (>4)	11	11,0
EDAD 1° EMBARAZO		
Nunca ha estado embarazada	39	39,0
16 a 22 años	46	46,0
23 a 28 años	12	12,0
29 a 34 años	2	2,0
> 35 años	1	1,0
TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA		
Nunca dio de lactar	45	45,0
6 a 11 meses	5	5,0
12 a 17 meses	35	35,0
> 18 meses	15	15,0
USO DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVOS		
No	46	46,0
Píldoras	28	28,0
Inyectable	26	26,0
Implantes	0	0
HA SIDO OPERADA DE HISTERECTOMIA		
Si	1	1,0
No	99	99,0
HA UTILIZADO HORMONAS COMO TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL		
Si	0	0
No	100	100,0
CONSUMO DE TABACO		
Si	4	4,0
No	96	96,0
CONSUMO DE ALCOHOL		
Si	7	7,0
No	93	93,0
IMC		
Bajo Peso (< 18.5)	2	2,0
Normal (19 - 24.9)	37	37,0
Sobrepeso (25 - 29.9)	50	50,0
Obesidad (> 30)	11	11,0
PERCIBE ESTRÉS		
No	15	15,0
Bajo	73	73,0
Moderado	12	12,0
Severo	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo durante los meses de Setiembre y Diciembre del 2013.

La Tabla 02, hace evidente a los factores modificables frente al cáncer de mama observándose que el 39,0% no tuvo ninguna gestación teniendo un riesgo moderado de hacer cáncer de mama. El 3,0% de las mujeres tuvieron su primer embarazo después de los 29 años siendo una incidencia mayor de cáncer de mama. Respecto al tiempo de lactancia materna el 45,0% de las mujeres nunca dio de lactar teniendo un mayor riesgo de padecer esta enfermedad. El 28,0% de las mujeres usan píldoras anticonceptivas. También vemos que el 4,0% de las mujeres consumen tabaco y el 7,0% alcohol. El 50,0% de las mujeres tiene sobrepeso y el 11,0% obesidad.

TABLA 03.**Factores modificables - paridad de las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote, 2013.**

PARIDAD	TOTAL	
	N	%
N° DE HIJOS A TÉRMINO		
No tuvieron ningún hijo	45	45,0
Tuvo 1 hijo a termino	30	30,0
Tuvo más de 2 hijos a termino	25	25,0
N° DE HIJOS PREMATUROS		
No tuvieron ningún hijo	95	95,0
Tuvo 1 hijo prematuro	3	3,0
Tuvo 2 hijo prematuro	2	2,0
N° DE ABORTOS		
No tuvo ningún aborto	77	77,0
Ha tenido 1 aborto	20	20,0
Ha tenido 2 a más aborto	3	3,0
N° DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS		
No tienen ningún hijo vivo	46	46,0
Tienen 1 hijo vivo	24	24,0
Tienen 2 hijos vivos	17	17,0
Tienen 3 a más hijos vivos	13	13,0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo durante los meses de Setiembre y Diciembre del 2013.

La Tabla 03, se observa la paridad de las mujeres en estudio mostrándose que el 45,0% no tuvieron ningún hijo a término por lo cual puede ser incidencia hacia el cáncer de mama. Mientras el 95,0% no tuvieron ningún hijo prematuro. El 23,0% tuvieron 1 o más aborto siendo este factor un condicionante hacia el cáncer mamario. Actualmente el 46,0% de las mujeres no tiene ningún hijo vivo siendo un factor de riesgo hacia el cáncer de mama.

TABLA 04.

Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote, 2013.

CONOCIMIENTO	TOTAL	
	N	%
BAJO	77	77,0
MEDIO	22	22,0
ALTO	1	1,0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo durante los meses de Setiembre y Diciembre del 2013.

La Tabla 04, muestra el nivel de conocimiento en las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo, según número de aciertos obtenidos del instrumento. El 77,0% de las mujeres obtienen un nivel bajo de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama, mientras el 22,0% un nivel medio y solo el 1,0% obtiene un nivel alto de conocimiento.

TABLA 05.

Conocimiento sobre prevención del cáncer de mama por dimensión de las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote, 2013.

DIMENSIÓN	Conoce		Desconoce	
	n	%	n	%
1. Concepto de cáncer de mama	4	4,0	96	96,0
2. Detección precozmente del cáncer de mama	55	55,0	45	45,0
3. Frecuencia que se debe realizar el autoexamen de mamas	54	54,0	46	46,0
4. Momento oportuno para la revisión de las mamas	6	6,0	94	94,0
5. Frecuencia recomendable para realizarse una consulta médica	73	73,0	27	27,0
6. Edad recomendable para hacerse una mamografía	72	72,0	28	28,0
7. Frecuencia recomendable para realizarse una mamografía	43	43,0	57	57,0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo durante los meses de Setiembre y Diciembre del 2013.

La **Tabla 05**, hace evidente las brechas encontradas en el conocimiento del colectivo estudiado donde la mayoría (96,0%) no respondió acertadamente los tópicos que miden el conocimiento sobre cáncer de mama, así mismo desconocen el momento oportuno en que deben realizarse el examen de mama (94,0%); un porcentaje menor (46,0%), pero importante no sabe que la frecuencia recomendable para realizarse el autoexamen de mama es cada mes y persiste un (45,0%) la importancia de la detección precoz de este cáncer. Mientras el (57,0%) no respondieron acertadamente la frecuencia recomendable para realizarse la mamografía es una vez al año.

TABLA 06.

Conocimiento sobre prevención del cáncer de mama por ítems, según respuesta de las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo – Chimbote, 2013.

CONOCIMIENTO SEGÚN REACTIVOS EXPLORADOS	TOTAL	
	N	%
1. CONCEPTO DE CANCER DE MAMA		
Enfermedad Incurable	5	5,0
Enfermedad de larga duración pero curable	85	85,0
Tumoración maligna	4	4,0
Tumoración benigna	6	6,0
2. FORMA DE DETECTAR PRECOZMENTE EL CANCER DE MAMA		
No	5	5,0
Autoexamen de mama	55	55,0
Examen médico periódico	2	2,0
Mamografía	1	1,0
b y c	16	16,0
b y d	11	11,0
c y d	4	4,0
b. c y d	6	6,0
3. FRECUENCIA QUE SE DEBE REALIZAR EL AUTOEXAMEN DE MAMA		
Diariamente	35	35,0
Mensualmente	54	54,0
Una vez al Año	11	11,0
4. MOMENTO OPORTUNO PARA LA REVISION DE LAS MAMAS		
Una semana antes de menstruar	6	6,0
Cualquier día	71	71,0
Una semana después de menstruar	23	23,0
5. FRECUENCIA RECOMENDABLE PARA REALIZARSE UN EXAMEN MEDICA		
Mensual	73	73,0
Semanal	7	7,0
Anual	20	20,0
6. EDAD RECOMENDABLE HACERSE UNA MAMOGRAFIA		
A partir de los 20 - 25 años	12	12,0
A partir de los 40 - 45 años	72	72,0
A partir de los 60 - 65 años	16	16,0
7. FRECUENCIA RECOMENDABLE PARA REALIZARSE UNA MAMOGRAFIA		
Cada 6 meses	38	38,0
Una vez al año	43	43,0
Cada 5 años	19	19,0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres del asentamiento humano. Miraflores Bajo durante los meses de Setiembre y Diciembre del 2013.

En la Tabla 06, se ha tenido en cuenta la escala del conocimiento distribuida por cada reactivo considerado en el estudio, es decir que el 85,0% de mujeres refieren que el cáncer es una enfermedad larga pero curable, y solo el 4,0% lo identifica como tumoración maligna, y 6,0% califica como tumoración benigna; el 55,0% está convencido que la detección precoz es a través del autoexamen de mama, mientras el 58,0% refieren que las tres formas de detección precoz de cáncer son: autoexamen de mamas, examen médico periódico y mamografía. El 54,0% afirma que la frecuencia recomendable para realizarse el autoexamen de mamas es mensualmente; el 23,0% sabe que el momento oportuno para la revisión de las mamas es una semana después de la menstruación, el 73,0% está convencido que la frecuencia recomendable para realizarse un examen médico es mensualmente. Continuando el 72,0% afirma que la edad recomendable para hacerse una mamografía es entre los 40 – 45 años mientras el 43,0% afirma que la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía es una vez al año.

TABLA 07.

Características sociodemográficas de las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo - Chimbote, 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	TOTAL	
	n	%
TOTAL	100	100,0
PROCEDENCIA		
Costa	100	100,0
Sierra	0	0
Selva	0	0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeto	2	2,0
Primaria Completa	2	2,0
Primaria Incompleta	1	1,0
Secundaria Completa	37	37,0
Secundaria Incompleta	22	22,0
Superior Técnico	15	15,0
Superior Universitaria	21	21,0
OCUPACIÓN		
Ama de casa	44	44,0
Estudiante	38	38,0
Trabajadora Independiente	16	16,0
Trabajadora Dependiente	2	2,0

Fuente: Encuesta aplicada a las mujeres del asentamiento humano Miraflores Bajo durante los meses de Setiembre y Diciembre del 2013.

La Tabla N° 07, hace evidente a las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo lo cual da como resultado que la mayoría de las mujeres encuestadas (100%) su procedencia es de la costa, el 37,0% tiene su grado de instrucción estudios secundarios completos y un 2,0% de las mujeres carecen de estudios académicos. En cuanto a la ocupación, la mayoría de las mujeres encuestadas se dedican al hogar 44,0% y el 16,0% se desempeñan como trabajadoras independientes.

4.2. Análisis de resultados

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

En el presente estudio sobre los factores de riesgo no modificables al cáncer de mama realizado a las mujeres en edad fértil del Asentamiento Humano Miraflores Bajo, se muestran resultados importantes donde el 17.0% de las mujeres tienen entre 39-49 años, la mayoría (79,0%) son de raza indoamericana estando dentro de ella la raza mestiza, el 100,0% de las mujeres niegan haber padecido de cáncer de mama anteriormente, como también el 87,0% refiere no tener ningún familiar que padezca esta enfermedad. El 92.0% tuvieron una menarquia normal, mientras el 98,0% sigue menstruando. Resultados que se relacionan con la investigación realizada por **Shigyo y colaboradores** ⁽¹⁵⁾, titulado “Factores asociados en el cáncer de mama” en el Hospital Nacional Guillermo Almenara en Lima, tuvieron como resultado que el cáncer de mama está relacionado con la edad aproximadamente uno de ocho cánceres de mama se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que dos de tres cánceres invasivos de mama se encuentran en mujeres de 55 años o más.

El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta conforme la edad situación que preocupa porque el 17,0% de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo se encuentran entre las de edades de 39 – 49 años, situación que estarían cursando con un factor de riesgo no modificable para cáncer de mama.

En cuanto a los factores modificables al cáncer de mama, los resultados obtenidos fueron: el 39,0% de las mujeres en edad fértil no tuvo ninguna gestación, el 46,0% tuvo su primer embarazo entre los 16-22 años, mientras el 1,0% fue > de los 35 años. El 46,0% no utiliza ningún método anticonceptivo, mientras que el 28,0% usa píldoras anticonceptivas y el 26,0% usa inyectables. También que el 4,0% consume tabaco y el 7,0% alcohol. La mitad de las mujeres estudiadas (50,0%) tienen sobrepeso, mientras el 11,0% obesidad, resultados similares encontró **Danaei y colaboradores** ⁽¹²⁾ en su estudio denominado “*Las causas de cáncer en el mundo, la evaluación del riesgo comparativo de nueve factores de riesgo conductuales y ambientales*”. Los autores concluyen que el 21,0% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso, la obesidad, y la falta de actividad física.

El consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol son importantes factores de riesgo de contraer cáncer según la Organización Mundial de la Salud, afirmó que éste contiene más de 4.000 sustancias químicas de las cuales pueden dar neoplasia y enfermedades relacionadas tanto como infartos y bronquitis.

Según **Bunge** ⁽²⁴⁾ el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos y enunciados que pueden ser claros precisos, ordenados, vagos e inexactos; respecto al nivel de conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil que participaron en el estudio, acerca prevención del cáncer de mama se evidencia que la mayoría (77,0%) tienen un nivel bajo de conocimiento, seguido de un porcentaje significativo (22,0%) que tiene un nivel medio de conocimiento, mostrando que los aspectos que menos conocen son: la definición de cáncer de mama, detección precoz y medios de detección temprana del cáncer de mama, así como el momento oportuno de la revisión de las mamas, frecuencia recomendable para realizarse una mamografía. Así mismo el 1,0% de las mujeres obtuvieron un alto nivel de conocimiento, siendo así los aspectos que más conocen son: frecuencia recomendable para realizarse una consulta médica, edad recomendable de hacerse una mamografía, forma de detectar precozmente el cáncer de mama.

El trabajo elaborado por **Ricse J**⁽¹⁷⁾, sobre “Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil "Tablada de Lurín" Villa María del Triunfo”, donde el 50,0% de las mujeres estudiadas tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama, lo cual difiere con el resultado del estudio realizado en el Asentamiento Humano Miraflores Bajo las mujeres en edad fértil tienen un nivel bajo de conocimiento sobre prevención de cáncer de mama. Se sabe que el conocimiento se transmite a partir de la experiencia que comienza por los sentidos para terminar en la razón y expresarse en la práctica con las actividades que se ponen de manifiesto

luego que se conoce y se aprende en base al conocimiento que se tiene, esto supone que a un mayor nivel de conocimiento se realiza prácticas adecuadas y viceversa, tal y como se encontró en el estudio.

Esta problemática en nuestro país tiene un fuerte componente de trabajo de campo con el equipo multidisciplinario, donde el profesional de obstetricia cumple un rol importante dentro, a través de su participación en actividades de educación sanitaria, campañas, consejerías para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama, tanto a nivel intra y extramural, mediante la educación sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, la promoción de estilos de vida saludables, la enseñanza del autoexamen de mamas, entre otros.

Concluyendo, se puede afirmar que la mayoría de las mujeres tienen un nivel bajo de conocimiento sobre la prevención del cáncer de mama, haciendo que esta población se encuentre en riesgo. Siendo necesario desarrollar acciones preventivo promocionales dirigidas a la mujer con el objetivo de elevar su nivel de conocimiento respecto a los factores de riesgo y eliminar el paradigma que tienen de creer que es una enfermedad hereditaria y dejan de lado los aspectos relacionados a los estilos de vida que muchas veces son determinantes en el desarrollo de esta enfermedad ⁽⁹⁾.

Al explorar las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo, se encontró que el total de las mujeres (100,0%) son provenientes de la costa, (37,0%) tiene estudios secundarios completos y un 2,0% carecen de estudios académicos. En cuanto a la ocupación, el 44,0% de las mujeres se dedican al hogar y el 16,0% son trabajadoras independientes.

V. Conclusiones

1. Los resultados obtenidos muestran que en relación a los factores de riesgo, todas las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo presentan por lo menos un factor de riesgo para el cáncer de mama.
2. Entre los factores de riesgo no modificables para el cáncer de mama, el factor de mayor coincidencia (21,0%) entre las mujeres es en relación a la raza blanca y el de menor coincidencia es sobre los antecedentes familiares de enfermedad benigna en la mama representando un (13,0%) del total de la muestra en estudio.
3. En relación a los riesgos de factores modificables para el cáncer de mama, el factor de mayor coincidencia en la muestra en estudio está relacionada con la paridad de las mujeres y obesidad con un 39,0% y 11,0% respectivamente.

4. En cuanto al nivel de conocimiento la mayoría (77,0%) tiene un conocimiento bajo sobre prevención de cáncer de mama en los aspectos que denotaron mayor conocimiento fueron sobre si conocen la frecuencia recomendable para realizarse una consulta médica (73,0%), otra de las preguntas que tuvieron mayor aciertos fue sobre la edad recomendable de hacerse una mamografía (72,0%) y por ultimo si conocen alguna forma de detectar precozmente el cáncer de mama, teniendo con un 55.0%. Los aspectos que denotan menor conocimiento fueron: relacionado con la definición de cáncer de mama (96,0%) de desaciertos, otro de ellos relacionado con el momento oportuno de la revisión de las mamas (94,0%) de desaciertos y un (57,0) de desacuerdo relacionado sobre la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Organización Mundial de la Salud. Registros Epidemiológicos, Boletín N° 297. [Documento en línea]. [10 p.p.]. [Publicado Febrero, 2013]. Ayacucho, Perú. [Citado 18 Nov, 2013]. Disponible en: http://www.saludayacucho.gob.pe/web/images/DEVSP/epidemiologia/boletines/archivos/Boletin_05_2013.pdf
02. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplastias. Departamento de estadística, oficina de Epidemiología. [Sitio web]. [Citado 18 Nov, 2013]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
03. Suárez J. Detección precoz del cáncer de la mama. prevención, profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer de la mama. La Habana: ED. Científico- Técnico 1990; .33-53
04. Ortega D, López L, López M. Estrategia para la enseñanza del autoexamen de seno a mujeres en edad reproductiva. Rev. Salud Pública Mex 2000; 42 (84): 276-
05. García C, Sánchez H, Escobar A. Prevalencia del autoexamen mamario en trabajadoras de la salud. Factores asociados a su correcta realización; Ginecol. Obstet. Mex. 2008; 69 (4).

06. El Mundo. Cáncer de mama. [Diario online]. [Última modificación Ene, 2005].
[Citado 18 Nov, 2013]. Disponible en:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama3.html>
07. Hernández I, González Y, Heredia L, Heredia A, Conde M, Aguilar S.
Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de mamas. AMC
[revista en internet]. 2011 Jun [Citado 29 Jun 2013]; 15(3): 487-503.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000300007&lng=es
08. Hernández B, Luna H, Alvarado Z, Sánchez M., Paz M. Beneficios percibidos por la mujer y la práctica de la autoexploración mamaria. Revista de Salud Pública y Nutrición, edición especial N° 4, 2001. Monterrey, Méjico.
09. Nachez J et al. Educación continua y práctica de enfermería en el programa detección oportuna de cáncer de mama. Chile, 2004.
10. Gómez P. et al. Grado De Conocimientos De Mujeres Profesionistas Sobre Cáncer De Mama. Monterrey-México, 2004.
11. George E, Grela C, Delgado K, Morales D. Nivel de conocimiento: autoexamen mamario. Experiencia en dos facultades de la Universidad Nacional del Nordeste. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 140: 14-15 – Diciembre 2004.

12. Danaei G et al. Las causas de cáncer en el mundo: la evaluación del riesgo comparativo de nueve factores de riesgo conductuales y ambientales. 2005. [Citado 22 Dic, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>
13. Bonilla C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mamas de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vález Páiz, 2007. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, 2008. [Serie en línea]. [Citado 24 Dic, 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Conocimiento,%20actitudes%20y%20practicassobre%20autoexamen%20de%20mama.pdf.
14. Riquelme S, Soares D, Arruda S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. [Artículo en internet]. [Publicado Ene, 2013]. [Citado 18 Nov, 2013]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/138991>
15. Shigyo, G, Portugal W, Del Alcázar J, Campana L. Factores Asociados en el Cáncer De Mama. Hospital Nacional Guillermo Almenara En Lima, Perú, 1941-1990. Revista Peruana de Epidemiología - Vol. 5 N° 2 Noviembre 1992. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v05_n2/factores_asoc_cancer.htm

16. Villacres K, Alarcon A. Estudio Piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en Mujeres de Sullana. Rev. Med Hered [online]. 2002, vol.13, n.4 [citado 2013-11-29], pp. 131-134. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2002000400003&script=sci_arttext
17. Ricse J. Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil "Tablada de Lurín" Villa María del Triunfo - Lima, 2007. [Tesis en internet]. [Citado 30Nov, 2013]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/540>
18. Bendezú C, Oscco O, Anyarín E. “Conocimiento y Medidas Preventivas Sobre Neoplasia Mamaria En Usuarias De Un Centro De Salud Ica, Perú 2010”. Rev. méd. panacea [artículo en internet]. 2012; [citado 30 Nov, 2013]. 2(1):16-19. Disponible en: <http://www.revpanacea.pe/index.php/RMP/article/view/25/25>
19. Jara A, Peña S. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero – febrero 2011. [Tesis en internet]. [Citado 24 Dic, 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3021/1/Jara_ra.pdf

20. Romani F et al. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). An. Fac. med. [online]. 2011, vol.72, n.1 [Citado 30 Nov, 2013], pp. 23-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832011000100005&script=sci_arttext
21. 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 2014 Jun 30] Disponible en: <http://metodologiadeinvestigacioncuantitativa.files.wordpress.com/2014/05/conocimientos-bc3a1sicos-que-poseen-los-estudiantes-de-la-upnfm-sobre-el-cc3a1ncer-de-mama.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud. Definición de factores de riesgo. [consultado el 29 Abril del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
23. Feinholz D, Ávila H. Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. El Cotidiano [Internet]. 2001 [citado 27 Abril 2016]; 17(107):13-20. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/325/32510703.pdf>
24. Bunge Mario. La investigación científica. Madrid: Editorial Ariel S.A; 1985

25. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. . [Online]. 2005. [citado 23 Nov, 2013]; Vol. 26 (2): 22 Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>
26. Manual de Normas Técnicas Administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Op.cit., p.15
27. Montero J. Cáncer de mama. Generalidades, epidemiología, factores de riesgo. España censo 2001.
28. El Comercio: Cuatro mujeres mueren cada día en el Perú por cáncer de mama [Internet]. Lima: El Comercio; 2012 [citado 20 jun 2013]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/actualidad/1484802/noticia-cuatro-mujeres-mueren-cada-dia-peru-cancer-mama>
29. Irrarázaval E, Rodríguez P, Fasce G, Silva F, Waintrub H, Torres C. “Calidad de vida en cáncer de mama”. [serie del Internet] 2013 Chile [citada 2014 June 26], pp. 105-112 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n6/art06.pdf>
30. Aguilar M, Neri M, Padilla A, Pimentel M, García R, Sánchez 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 25 May, 2014]; 27(5): 1631-1636. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000500038&script=sci_arttext

31. 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 2014 Jun 30] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2912/1/110005.pdf>
32. Salud Integral (2011). [Página web en línea]. [Consultada 28 Nov, 2013]. Url Disponible en: <http://saludintegral.grilk.com/cancer+seno.htm>
33. 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-de-seno-what-is-breast-cancer-types>
34. Cancer de Mamas (Factores de riesgo) American Society of Clinical Oncology (ASCO) .Cancer. Net. Url disponible en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo>
35. Miguel M. Servicio de Oncología .Médica Cáncer de mama. [revista en Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible en: www.cchaler.org/app/download/4007299260/Capitulo4.pdf
36. Brian D et al. La incidencia de cáncer de mama, prevalencia, mortalidad y supervivencia en Rochester, Minnesota. Mayo Clin Proc 1999.

37. Vasallo A, Barrios E. Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003)
38. Rael L. Medicina Clínica , Epidemiología y Salud Publica, en la División de Hematológica Clínica y Oncológica Medica , Departamento de Medicina del Silvestre Comprehensive Cáncer Center en la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami.
39. Kaufman D, Miller R, Rosenberg L, Hellmrich P, Stolley P, Schottenfeld D, Shapiro S. Noncontraceptive estrogen use ad the risk of breast cancer. JAMA 2001.
40. 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
41. 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>
42. Bland, K, Copeland E. (2007). Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 3° Ed. Buenos Aires. Editorial. Medica Panamericana.

43. Atlas de Oncología. Cáncer de mama. (2001). American Cancer Society. Harcourt. Madrid.
44. Obregón R, (2009) Entrevista portal de Comunicaciones. Recuperado el 09 de Agosto del 2010, de: http://www.portalcomunicacion.com/esp/aab_ent_det.asp?entrevista=478id_sub_d es=41
45. Breastcancer. Cáncer de mama: Las Píldoras Anticonceptivas y el Riesgo de Cáncer. [última modificación 30 Nov, 2013]. [Citado 25 Jun, 2014]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/factores
46. El Mundo. Cáncer de mama. [Diario online]. [Última modificación Ene, 2005]. [Citado 18 Nov, 2013]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama3.html>
47. Vega J, Garcia P, Camacho N, Becerril A. La Obesidad y Su Relación con el Cáncer de mama en una población Mexicana .2014 Jun. edición vol.10, No.3 ISSN: 1857-7881 [revista en la Internet]. [Citado 2014 Jun 30] Disponible en: <http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/view/2618/2479>
48. Druesne-Pecollo N et al. El alcohol y los polimorfismos genéticos: efecto sobre el riesgo de cáncer relacionado con el alcohol. Lancet Oncology 2009; 10 (2):173.

49. Hernandez M. Trabajo Social en el abordaje del cáncer de mama. [Artículo en internet]. [Publicado 31 May, 2010]. [Citado 10 Nov, 2013]. URL Disponible en: http://www.articulo.org/articulo/16994/trabajo_social_en_el_abordaje_del_cancer_de_mama.html
50. National Cancer Institute: PDQ®. Aspectos generales de la prevención del cáncer. Bethesda, MD: National Cancer Institute. [Última actualización 9 Oct, 2013]. [Acceso 28 Nov, 2013]. URL Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/prevencion/aspectos-generales/HealthProfessional>
51. Organización Mundial de la Salud (OMS), Promoción de la Salud, Glosario, Ginebra, 1998
52. Leuro Y, Mayorga P. Lineamientos Para La Promoción y Prevención de Cáncer de Mama a Partir de Revisión Bibliográfica entre 1997-2007. IPS Javesalud, Bogotá, 2007
53. Lostado L. (2001). Detección Precoz del Cáncer de mama, Madrid: Editorial. Díaz de Santos.
54. Lalinde E. Diagnóstico del Cáncer de mama. [Página web]. [Visitado 30 Nov, 2013]. Url Disponible en: http://www.cancerdemama.es/cancer_mama/diagnostico_cancer.html

55. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ed.
México D.F. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.; 2010.

56. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 5ed.
México: Limusa S.A.; 2004.

ANEXOS

Anexo 01. Instrumento

N°

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



I. INSTRUCCIONES:

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

II. CARACTERISTICAS GENERALES

1. Edad ()

2. Procedencia:

- a) Costa ()
- b) Sierra ()
- c) Selva ()

3. Grado de instrucción:

- a) Analfabeto
- b) Primaria completa
- c) Primaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Secundaria incompleta
- f) Superior técnico
- g) Superior Universitario

4. Área de ocupación:

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

6. Historia personal :

Antecedentes patológicos personales

Enfermedad benigna de mama Si () No ()

Otro tipo de cáncer Si () No ()

7. Historia Familiar :

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

Hija () Abuela ()

Edad de la primera menstruación (): se califica como 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

PRIMERA PARTE: FACTORES DE RIESGO

Factores no modificables

Ginecológicos

Edad de primera menstruación ()

Formula Obstétrica: N° de Gestación a la fecha () Partos que hayan terminado entre las 37 ss. a 41 semanas () Partos prematuros (antes de las 37 ss.) ()

Abortos () N° total de hijos actualmente vivos ()

Edad de primer embarazo a término ()

Tiempo de lactancia materna por cada hijo (meses / hijo).....
.....

Aborto: Inducido () Espontáneo () Año.....

Frecuencia (N° de veces).....

Uso de anticonceptivos orales: ¿Utiliza Ud. algún método anticonceptivo?

Si () No () Tipo: Píldoras () Inyectables () Implantes ()

Tiempo.....

Terapia de reemplazo hormonal: ¿Ha sido operada de histerectomía, alguna vez?

Si () No () Si la respuesta es SI, pasar a la siguiente pregunta:

¿Ha recibido alguna vez tratamiento con hormonas? SI () NO ()

¿Qué tipo de hormona recibió?

Para mujeres climatéricas: ¿Ha utilizado hormonas como terapia de reemplazo hormonal después de los 40 años? SI () NO ()

¿Qué tipo de hormona recibió y con qué frecuencia?

Factores modificables

Consumo de tabaco Si () No ().....

Consumo de alcohol: Si () No ().....

IMC: Peso..... Kg. Talla..... cm.

Percibe estrés Si () No ()

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

Contesta a las siguientes 12 preguntas sobre cómo te has sentido en el último mes, puntuando cada una según la frecuencia que te resulta verdadera				
¿Con qué frecuencia Ud. ha tenido estas sensaciones o experiencias en el último mes?	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
Me he sentido tenso, ansioso o alterado				
Me he sentido triste, deprimido, bajo de humor o sin esperanza				
Me he sentido bajo de energía, exhausto, cansado o incapaz de terminar las cosas				
No he podido apagar los pensamientos por la noche o el fin de semana y sentirme relajado el día siguiente				
No he podido sentarme tranquilo en ningún momento; estaba moviéndome constantemente				
Estaba tan alterado que pensaba perder el control				
He estado en situaciones desagradables y me he sentido sin esperanza de hacer nada bueno				

Me he sentido cansado por la mañana, sin energía para levantarme o enfrentarme a las actividades del día				
He tenido problemas de concentración o en recordarme de las cosas				
Mi vida ha estado vacía y sin significado				
No me he sentido cercano o aceptado por las personas a mi alrededor, ambos familiares y amigos				
He estado continuamente frustrado en mi vida por eventos nefastos y gente que no cumplía con mis expectativas				

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

SEGUNDA PARTE: CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE 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 que frecuencia cree usted, que se debe realizar el autoexamen de mamas?**
- a) Diariamente
 - b) Mensualmente
 - c) Una vez al año
- 4. ¿Cuál de estos cree que es el momento oportuno para la revisión de las mamas?**
- a) Una semana antes de menstruar
 - b) Cualquier día.
 - c) Una semana después de menstruar.
- 5. ¿Cuál cree usted que es la frecuencia recomendable para realizarse una consulta médica?**
- a) Mensual
 - b) Semanal
 - c) Anual
- 6. ¿A partir de qué edad es recomendable hacerse una mamografía?**
- a) A partir de los 20–25
 - b) A partir de los 40–45
 - c) A partir de los 60–65
- 7. ¿Cuál es la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía?**
- a) Cada 6 meses
 - b) Una vez al año
 - c) Cada 5 años

Gracias por tu participación.

Anexo 02:

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA-MUJERES ASENTAMIENTO HUMANO MIRAFLORES BAJO-CHIMBOTE, 2013

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><u>Pregunta de investigación:</u></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas de preventivas de cáncer de mama que tienen las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo Setiembre – Diciembre, 2013?</p>	<p><u>General:</u></p> <p>Determinar los factores de riesgo y el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mamas en mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo Setiembre – Diciembre, 2013.</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores no modificables y modificables del cáncer de mama en mujeres en edad fértiles del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote. • Identificar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote. • Describir las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil del asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote. 		<p>1. <u>Variable independiente:</u> Factores de Riesgo: Cáncer de mamas</p> <p>2. <u>Variable dependiente:</u> Conocimiento sobre prevención del cáncer de mama.</p>

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Tipo: Cuantitativo</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: Simple de una casilla de corte transversal.</p>	<p>Población: La población de estudio estará conformada por mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del asentamiento humano Miraflores Bajo durante el año 2013.</p> <p>Muestra: El marco muestral se ha definido considerando como unidad de selección al asentamiento humano Miraflores Bajo del distrito de Chimbote.</p> <p>El muestreo, en la primera etapa ser no probabilístico por conveniencia y en la segunda etapa será probabilístico, donde el proceso de selección de la muestra será al azar, en proceso aleatorio simple.</p>	<p>Técnicas: 1. Encuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo y Conocimiento sobre medidas preventivas <p>Instrumentos: Con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizará el cuestionario como instrumento para la recolección de los datos.</p>	<p>Para el análisis de los resultados se empleará la Bioestadística, los datos serán codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSSV20 (Statistical Package for the Sciences) Versión 20 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráficos.</p>

Anexo 04. Consentimiento informado

“Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria”

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 Vicerrectorado de Investigación, se encuentra realizando un estudio sobre la depresión posparto en la localidad, con el objetivo de fortalecer la prevención de complicaciones en la salud sexual y reproductiva de la población.

Usted ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, junto con muchos otros profesionales de Obstetricia de los principales centros hospitalarios de la provincia. Por esta razón solicito a usted participar en la encuesta que le haga el portador de la presente, quién es estudiante de 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 como información científica.

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

Atentamente,

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, como profesional de Obstetricia, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:**

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

Que he 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 MI CONSENTIMIENTO** para participar de la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

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

Firma del encuestado

Firma del encuestador

Fecha: _____

Anexo 05: Mapa catastral

PLANO
5
CHIMBOTE



Anexo 06: Evidencia de encuesta aplicada



Fotografía 1.



Fotografía 2.