

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria



Conocimientos, Actitudes y Practicas de Cáncer de Mama en las Mujeres del Sector de Villa María, que asisten a la consulta de medicina familiar de clínica Yolanda Guzmán, Santo Domingo en el periodo abril – junio 2019.

Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentantes:

Dra. Yajaira Sierra Javier

Asesores:

Dr. Rafael Pimentel

Dr. Miguel Lora

Los conceptos emitidos la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2019.

ÍNDICE

Contenidos	Pag.
Agradecimientos	
Dedicatoria	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
I.1. Antecedentes.....	3
I.1.2. Justificación.....	5
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
III. OBJETIVOS.....	7
III.1.General.....	7
III. 2. Específicos.....	7
IV. MARCO TEÓRICO.....	8
IV.1. Conocimiento.....	8
IV.1.1. Conocimiento formal.....	8
IV.1.2. Conocimiento informal.....	9
IV.1.3. Conocimiento vulgar.....	9
IV.1.4. Conocimiento científico.....	9
IV.2. Actitud.....	9
II.2.1. Elemento de las actitudes.....	10
II.2.2 Tipos de actitudes.....	10
II.2.2.1 Actitud de aceptación.....	10
II.2.2.2. Actitud de rechazo.....	11
II.2.3. Actitud de indecisión o indiferencia.....	11
IV.3 Práctica.....	11
IV.4. Generalidades de Cáncer.....	12
IV.4.1. Cáncer de mama.....	13
IV.4.2. Epidemiología del cáncer.....	13
IV.4.3. Historia.....	16
IV.4.4. Anatomía de las Glándulas Mamarias.....	16
IV.4.5. Fisiología y Patología mamaria.....	17
IV.4.6. Las alteraciones anteriores tienen un carácter eminentemente morfológico.....	18
IV.4.7. Historia natural del cáncer de mama.....	19
IV.4.8. Factores epidemiológicos de riesgo y etiología.....	20

IV.4.9. Antecedentes familiares.....	21
IV.4.10. Antecedentes personales.....	21
IV.4.11. Factores Hormonales y Reproductivos.....	23
IV.4.12. Factores socioeconómicos y ambientales	25
IV.4.13. Clasificación y factores pronósticos.....	25
V. HIPÓTESIS	28
VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	29
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	30
VII.1. Tipo de estudio	30
VII.2. Ubicación	30
VII.3. Población y Muestra	30
VII.4. Criterio de inclusión.....	30
VII.5. Instrumento de recolección de la información	30
IV.6. Procedimientos.....	30
VII.7. Tabulación.....	31
VII.8. Análisis.....	31
VII.9. Aspectos éticos	31
VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	32
IX. DISCUSIÓN.....	39
X. CONCLUSIONES	40
XI. RECOMENDACIONES	41
XII. REFERENCIAS	
XIII. ANEXOS	
COSTOS Y RECURSOS	

Agradecimientos

A Dios por ser mi guía durante todos mis proyectos, por darme las fuerzas para continuar.

A mis padres Confesor Sierra Jimenez y Maria Altagracia Javier de Sierra por su amor y apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida.

A mi esposo Lery López por estar a mi lado y ser soporte en momentos de dificultad.

A mis hijas Yahilerys, Yahilenny y Sara Esther por ser la motivación que cada día me hace seguir adelante.

Dedicatoria

A Dios por ser mi fortaleza durante todo este tiempo.

A mis padres por su ejemplo de honestidad y entrega.

A mi esposo por su compañía y motivación.

A mis hermanos Carlos, Yordania, Luisa, Anny, Wilton Yohandra y Jairo por ser parte de mi familia y sobre todo por mostrarme la importancia de la unión.

A mis hijas a quienes amo y deseo que sigan mi ejemplo.

A todos mis sobrinos, tíos y primos por el amor de familia y su solidaridad en momentos difíciles.

A la Dra. Lucina Yaugel por su guianza y enseñanza durante mis procesos de formación como especialista.

A mis compañeras de Residencia Venecia Contreras, Gladys Soto por ser hermanas que la vida me regalo.

A mis maestros por el don de enseñarme y siempre esperar lo mejor de mí.

A mis amigos por ser siempre una columna en la cual eh encontrado apoyo de manera incondicional.

I. INTRODUCCIÓN

En el abordaje de un problema de salud tan complejo como el cáncer, sobre el que aumenta cada día su conocimiento y las posibilidades de intervención, se plantean nuevos retos que exigen una profunda puesta al día de las estrategias del sistema sanitario.

El conocimiento de los factores de riesgo que explican la aparición de una enfermedad permite diseñar estrategias que minimicen sus efectos disminuyendo la aparición de casos.

En el caso del cáncer y con los conocimientos actuales, solo se puede intervenir desde el punto de vista de la prevención primaria, reduciendo al máximo la exposición a aquellos factores de riesgo que se han demostrado como responsables de la aparición de tumores.

La atención preventiva del cáncer de mama constituye, en su conjunto, un objetivo sanitario prioritario en el mundo desarrollado.

El cáncer de mama representa, en la actualidad, el tumor maligno más frecuente en la mujer, con una incidencia progresivamente creciente en los países industrializados y en vías de desarrollo, ocupando el segundo lugar en las causas de muerte por cáncer, por lo que representa un problema de salud pública.¹

Se considera como piedra angular de las estrategias preventivas el conocimiento de los factores de riesgo de esta enfermedad.

Hemos investigado en varias literaturas y a pesar de múltiples revisiones no hemos encontrado antecedentes que nos documenten sobre los conocimientos prácticos y actitudes de cáncer de mama, teniendo solo información de conocimientos y prácticas de autoevaluación de mama.

Nos interesa analizar los conocimientos, prácticas y actitudes de conductas preventivas para el cáncer de mama en un grupo de mujeres del sector de Villa María, en Santo Domingo, República Dominicana.

¹ Ramos Águila Yisel de la Caridad, Marimón Torres Eugenia Rita, Crespo González Caridad, Junco Sena Bárbara, Valiente Morejón Wilfredo. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Ago [citado 2019 Sep 03] ; 19(4): 619-629. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es.

Nos proponemos con los resultados obtenidos aportar informaciones cuantitativas y cualitativas que permitan abordar de manera integral las actividades preventivas sobre el cáncer de mama.

I.1. Antecedentes

Ramos Águila Yisel de la Caridad et al, realizaron una investigación observacional, descriptiva. El universo de estudio lo constituyeron todas las mujeres del municipio Pinar del Río con diagnóstico clínico y anátomo-patológico de cáncer de mama (N=135), atendidas en el hospital oncológico de la provincia en los años 2012 y 2013. Con el objetivo, describir los aspectos epidemiológicos del cáncer de mama en las mujeres del municipio Pinar del Río en el período 2012-2013. Donde predominó la enfermedad entre los 50 y 69 años de edad. Los factores de riesgo más frecuentes fueron menarquía precoz, no ofrecimiento o menos de 4 meses de lactancia materna y uso de anticonceptivos hormonales.²

Dornelles Prolla Carmen Maria, et al, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal; los datos se obtuvieron mediante un cuestionario estructurado autoadministrado. Con el objetivo evaluar los conocimientos del personal de enfermería involucrado en el cuidado de los pacientes de oncología de un hospital universitario público, en relación con el cáncer de mama y el cáncer de mama hereditario, y verificar el uso de esos conocimientos en su práctica diaria. De un total de 154 enfermeros/as, 137 (88,9%) aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron dos cuestionarios, totalizando 135 cuestionarios analizados. Resultados: el porcentaje global de respuestas correctas no se asoció con la edad ($p=0,173$) o título/especialización ($p=0,815$). Las preguntas fueron clasificadas en categorías. En las categorías que implican el conocimiento de los factores de riesgo establecidos del cáncer de mama y los indicadores del cáncer de mama hereditario, la tasa de respuestas correctas fue de 65,8% y 66,4%, respectivamente. En relación con la práctica del consejo genético, el 40,7% de los entrevistados/as no estaban seguros/as acerca de la definición de consejo genético y el 78,5% informó que nunca habían identificado o derivado a un paciente en situación de riesgo genético para una evaluación de riesgos especializada. La práctica de acciones educativas con respecto a este tema se reportó en el 48,5% de los entrevistados/as.³

² Ramos Águila Yisel de la Caridad, Marimón Torres Eugenia Rita, Crespo González Caridad, Junco Sena Bárbara, Valiente Morejón Wilfredo. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Ago [citado 2019 Sep 03] ; 19(4): 619-629. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es.

³ Dornelles Prolla Carmen Maria, Santos da Silva Patrícia, Oliveira Netto Cristina Brinckmann, Goldim José Roberto, Ashton-Prolla Patricia. Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público, Rev. Latino-Am. Enfermagem ene.-feb. 2015;23 (1):90-7 DOI: 10.1590/0104-1169.0185.2529 www.eerp.usp.br/rlae

Sánchez R. Cesar, et al, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo. Cáncer de mama en mujeres adultas mayores, características clínicas e histopatológicas y resultados del tratamiento con intención curativa, 2013. La presencia de síntomas o hallazgos anormales en el examen físico fueron las principales razones para consultar en el 65% de los casos. En comparación con los tumores detectados en el examen físico, los detectados mediante mamografía de detección fueron más pequeños y se encontraban en la etapa 1 con una frecuencia más alta (18 y 59% respectivamente, $p < 0.01$). El tipo patológico fue luminal en el 80% de los casos. La supervivencia general fue mejor para el tipo patológico luminal. Todos los pacientes completaron la radioterapia sin interrupciones desarrollando toxicidad aguda menor. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión en el 46% de los pacientes. El trece por ciento de los pacientes tenía tres o más comorbilidades. Después de una mediana de seguimiento de 7 años, 23 (35%) pacientes habían muerto y la causa de muerte fue BC en el 43% de los casos. Dos pacientes murieron de cáncer de pulmón.⁴

⁴ Sánchez R Cesar, Bakal I Federico, Camus A Mauricio, Besa de C Pelayo. Cáncer de mama en mujeres adultas mayores, características clínicas e histopatológicas y resultados del tratamiento con intención curativa. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Dic [citado 2019 Sep 03] ; 141(12): 1534-1540. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200006. 2000 06&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200006>.

I.1.2. Justificación

El cáncer es una de las enfermedades con mayor notabilidad en el mundo y se encuentra entre las primeras causas de muerte. Esta enfermedad se caracteriza por una gran heterogeneidad histórica, clínica y genética, relacionada con transiciones demográficas y epidemiológicas en los países, envejecimiento poblacional, mayor exposición a los factores de riesgo reproductivos, inadecuados estilos de vida y diferencias biológicas.

El diagnóstico correcto del cáncer es esencial para poder prescribir un tratamiento adecuado y eficaz, porque cada tipo de cáncer requiere un protocolo específico que puede abarcar una o más modalidades, tales como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia.

Los hallazgos tempranos del cáncer de mama son: retracción de la piel o de los pezones; linfadenopatía axilar; alargamiento de las mamas, enrojecimiento, edema, dolor, fijación de la masa a la piel o a la pared del pecho. La edad y el sexo, son dos de los principales factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, en algunos estudios epidemiológicos, se asocian como factores de riesgo la genética, factores endocrinos y ambientales, sin embargo, la naturaleza exacta y la asociación de los factores no está del todo clara. Además con esta investigación, pretendemos aportar informaciones que sirvan de base para otros estudios.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial. Por tanto es prevenible y curable no se ha logrado en nuestro país reducir la mortalidad se encuentra en este momento actual entre los primeros 4 causas de muerte de cáncer de la mujer.⁵

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. La mama está formada por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos.

Los lóbulos se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios, que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia, para alimentar al bebé. Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. La piel recubre y protege toda la estructura mamaria.

El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.

A sabiendas que el cáncer de mama ocurre en las mujeres de nuestra sociedad, por el incremento de los factores de riesgo y desconocimiento de la población sobre esta enfermedad.

Por lo anteriormente expuesto es que nos hemos propuesto investigar:
¿Cuáles son los conocimientos, Actitudes y Prácticas de Cáncer de Mama en las Mujeres del Sector de Villa María, que asisten a la consulta de medicina familiar de clínica Yolanda Guzmán, Santo Domingo en el periodo abril – junio 2019?

⁵ Suasnabar, R. S. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2012. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cancer de mama: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1309/1/Suasnabar_rs.pdf

III. OBJETIVOS

III.1.General

1. Determinar nivel de conocimientos, las prácticas y actitudes relacionado al cáncer de mama en las mujeres del sector de Villa María en Santo Domingo, República Dominicana.

III. 2. Específicos

1. Determinar el conocimiento de las conductas preventivas para el cáncer de mama.
2. Distribuir según grupo de edad
3. Identificar el estado civil de las pacientes.
4. Determinar el nivel académico en relación con los conocimientos de dicha patología.
5. Identificar el conocimiento sobre autoevaluación de mama.
6. Analizar los conocimientos sobre las causas del cáncer y sus creencias.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Conocimiento

El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por el proceso de acontecer social y se halla unido a la actividad práctica. Para Bunge el conocimiento es el conjunto de ideas, concepto, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos.⁶

El conocimiento analizado desde diferentes puntos de vista:

Desde el punto de vista pedagógico, el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho: es la facultad, que es del propio pensamiento, y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón. Se clasifica en conocimiento intelectual que tiene como origen las concepciones aisladas de hechos causales de ellos.

Desde el punto de vista filosófico, Salazar Bondy,⁷ define el conocimiento en primer lugar como un acto, y segundo como un contenido; dice que el conocimiento como un acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad hecho u objeto, por su sujeto consiente, entendiéndose como la percepción del proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es el que se adquiere gracias a los actos de conocer el producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar uno a otros.

Según los autores el conocimiento se divide en formal e informal.

IV.1.1. Conocimiento formal

El conocimiento formal se originó de la necesidad de interpretar todo lo que rodea al hombre y al hombre mismo a través de la razón y la lógica. De este modo se cuestiona constantemente los resultados de sus propias investigaciones y suposiciones, sometiendo a prueba, intentando demostrar las proposiciones, eliminando creencias subjetivas y apelando al uso de la razón humana para explicar y entender los problemas sometidos a estudio.

⁶ Bunge M. La investigación científica. Buenos Aires- Argentina: Sudamericana; 1997

⁷ Salazar A. Punto de vista filosófico. Lima – Perú: El Alce; 1988.

IV.1.2. Conocimiento informal

Es el conocimiento disponible, el cual no es suficiente para la ciencia, pero que sin embargo es una base para ella, pues es necesario tener algún tipo de conocimiento por muy pequeño que sea, para poder formularse las preguntas que van a dar paso a una investigación científica.

Este conocimiento no es especializado, aunque se llega a él por medio de los métodos de la ciencia, puede someterse a prueba, enriquecerse y superarse. Las investigaciones se encargan de corregir o rechazar el conocimiento ordinario para enriquecerlo gracias a los resultados de la ciencia.⁸

En el modo de conocer se puede distinguir dos tipos de conocimientos: conocimiento vulgar y conocimiento científico:

IV.1.3. Conocimiento vulgar

Es el modo común, corriente y espontáneo de conocer, es decir, es el que se adquiere en el trato directo con las personas o las cosas, es ese saber de la vida diaria, y que se adquiere sin habérselo propuesto, sin aplicar un método y sin haber reflexionado.

Se caracteriza por ser: sensitivo, superficial o epidérmico, subjetivo, no sistemático y acrítico.

IV.1.4. Conocimiento científico

Se adquiere mediante procedimientos metódicos con pretensión de validez utilizando la reflexión sistemática, el razonamiento lógico y respondiendo a la búsqueda intencionada para la cual se delimita el problema que se desea investigar y se determina los medios de indagación.⁹

IV.2. Actitud

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.¹⁰

A continuación presentamos algunas definiciones de diversos autores:

⁸ Lefebvre H. Lógica formal, lógica dialéctica.[en línea]. 2012. [fecha de acceso el día 10 de febrero 2017]. Disponible en: http://www.tiposde.com/ciencia/conocimiento/conocimiento_racional.html

⁹ Martínez B, Céspedes N. Metodología de la investigación. Perú: Libro amigo; 2008

¹⁰ Grupo de Investigación Ed. Física. Las actitudes.2007 [fecha de acceso el día 20 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>

Allport M, dice que la actitud es un estado mental nervioso de disposición, adquirido a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica sobre las respuestas del individuo, a toda clase de objeto y situación con las que se relacionan.¹¹

Mientras que el psicólogo Freddy Canales, define a las actitudes como toda predisposición de respuesta hacia la situación o estímulo, producto de una experiencia de aprendizaje sustentada en alguna estructura cognoscitiva (meta, creencia, valor, prejuicio, etc.).¹²

II.2.1. Elemento de las actitudes

Según Rodríguez, A las actitudes se componen de tres elementos:

Componente cognitivo (lo que piensan): está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como la información que tenemos sobre el objeto. Los objetos no conocidos o los que no poseen información no puede generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectara para nada a la intensidad del afecto.

Componente afectivo (lo que siente): es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones, que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

Componente conductual (tendencia a manifestar los pensamientos y emociones): es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el comportamiento activo de la actitud.¹³

II.2.2 Tipos de actitudes

Según Vilches, A:¹⁴

II.2.2.1 Actitud de aceptación

Es cuando la actitud es positiva y se organiza la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, la estimulación, del

¹¹ Allport M. Psicología general. México – DF: Navarro; 1980.

¹² Canales F. Metodología de la Investigación. 2da. ed. Washington DC: OPS; 1996.

¹³ Rodríguez, A. Psicología Social. México - DF: Trillas; 1991.

¹⁴ Vilches, A. Actitud. México – DF: Latinoamericana; 1998.

apoyo, ayuda y la cooperación. En sentido de comprensión viene a ser la predisposición para la comunicación y la interacción humana positiva.

II.2.2.2. Actitud de rechazo

Cuando una actitud es negativa, se presenta en recelo que aleja a las personas que predispone contra la suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo un mecanismo de defensa con que responde la persona que se encuentra en tensión. Ante estas actitudes se presentan mecanismos tales como:

Los mecanismos de defensa: que se utilizan generalmente para anticipar y detener la ansiedad provocada por un estímulo frustrante.

Si el estado de frustración se prolonga entonces la ansiedad es permanente, modificando la conducta de la persona y alterando su pensamiento y su acción.

Esta conducta modificada será representada por la persona mediante rasgos psicológicos específicos que determinan la actitud de rechazo.

Es así que en la negación la persona no admite conscientemente ante sí la existencia de un hecho doloroso y constante actuando con sentimiento de evasión y pretextando motivos de poca importancia.

El aislamiento: se produce cuando el efecto asociado con la idea frustrante es bloqueada. La persona que usa el aislamiento puede admitir intelectualmente sentimientos frustrantes e inaceptables, pero se aísla para no experimentar emocionalmente dichos sentimientos.

La separación puede ser física o mental y/o emocional, porque él no percibe objetivamente un estímulo frustrante, evita la ansiedad por lo que la persona tiende a aislarse para mantener su equilibrio psicoemocional.

II.2.3. Actitud de indecisión o indiferencia

Es la predisposición aún no definida, que traduce ambivalencia entre la aceptación y rechazo.

IV.3 Práctica

Es la ejecución de un conjunto de procedimientos, actividades y tareas, debe entenderse en primera instancia, como la exposición reiterada a una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ello lo cual deben ser

observados, la cual va contribuir a que se afiance conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos.

La práctica se mide a través de la experiencia.

Así por ejemplo como la mujer al tener mayor número de hijos tendrá mayor experiencia debido a que va a estar reiteradamente expuesta a una situación que puede estar relacionada con el cuidado de la salud de su hijo, y a su vez tener mayor número de contactos con el personal de salud, lo cual va a contribuir a que se afiencen conductas frente a esas situaciones y lleguen a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos.

La práctica será evaluada conjuntamente mediante la observación de las habilidades y destrezas psicomotriz del sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz observación por el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica, es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.¹⁵

IV.4. Generalidades de Cáncer

Desde 1999 el cáncer supera en los Estados Unidos a la enfermedad cardiovascular como primera causa de muerte en individuos menores de 85 años. Esto se debe a que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha disminuido de manera considerable en los últimos 40 años, mientras que las provocadas por cáncer sólo ha tenido una reducción leve.

En los Estados Unidos la mortalidad por todos los tipos de cáncer combinados ha disminuido el 1.5 por ciento anual en hombres y 0.8 por ciento anual en mujeres desde 1993. La mortalidad específica para los tres tipos de tumores en hombres (de pulmón no de células pequeñas, colorectal y próstata) cáncer de mama y colorectal en mujeres ha comenzado a mostrar una disminución leve, así como parecería que la mortalidad por cáncer de pulmón no de células pequeñas se ha estabilizado.

¹⁵ OPS. Hacia el Mejoramiento de la Salud a Través de los Cambios de Comportamientos. Una Guía Práctica Para la Promoción de la Higiene Biblioteca.2013

En el resto del mundo, sin embargo, estos indicios de mejora leve en la mortalidad específica de algunos de los tipos de tumores más frecuentes no parece estar observándose; de hecho, la incidencia y la mortalidad de los principales tumores sólidos parece seguir en aumento en algunos países de Europa Occidental sobre todo en Inglaterra, al igual que los de cáncer de mama.

Las causas de muerte por cáncer en hombres en los países desarrollados son: pulmón 31 por ciento, próstata 10 por ciento, colorectal 10 por ciento, leucemias y linfomas 7 por ciento. En mujeres: pulmón 27 por ciento, mama 15 por ciento, colorectal 10 por ciento, ovario, cérvix y endometrio 9 por ciento.

Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer son la edad y el tabaquismo. Dos tercios de los casos de cáncer ocurren en personas mayores de 65 años. La probabilidad de que una persona desarrolle cáncer es dependiente de su edad. Hasta los 39 años el riesgo es de 1 de cada 58 hombres y una de cada 52 mujeres. De 40-59 años una de cada 13 hombres y una de cada 11 mujeres. De 60-79 años, uno de cada 3 hombres y una de cada 4 mujeres.¹⁶

El consumo de tabaco es la causa prevenible más importante de cáncer. La prevención del consumo de tabaco y el abandono del hábito en fumadores pueden potencialmente, salvar más vidas que cualquier otra estrategia de salud pública.

IV.4.1. Cáncer de mama

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.

La palabra cáncer, sinónimo de carcinoma, se aplica a los neoplasias malignas que se originan en estirpes celulares de origen epitelial o glandular y no a las que son generadas por células de estirpe mesenquimal (sarcomas).¹⁷

IV.4.2. Epidemiología del cáncer

El cáncer de mama es la causa más frecuente de cáncer en mujeres en los países occidentales. En nuestro país según la última estadística de cáncer en Lima Metropolitana

¹⁶Dirección general de estadística, informática y evaluación, secretaría de salud. Daños a la salud. boletín de información estadística 1992; vol.12.

¹⁷ Norma Oficial Mexicana nom-014-ssa2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. México, d.C.: diario oficial de la federación, tomo cdlxxxix, no. 4, 6 junio de 1994:79-86.

es la primera causa de cáncer en mujeres, además de ser la cuarta causa de mortalidad por cáncer en este grupo.

Se encontró una incidencia de 12.4 x 100,000 habitantes y una Lima Metropolitana. En USA el cáncer de mama es la causa más común de cáncer en mujeres y la segunda causa de mortalidad de 3.85 x 100,000 habitantes según los registros de cáncer de muerte en este sexo.¹⁸

De todos modos, los estudios de migración han mostrado que el riesgo de cáncer de mama de por vida de las mujeres Asiáticas que migran a los Estados Unidos aumenta hasta un nivel que se ubica entre el que se encuentra en Asia y el que se encuentra en Norteamérica. Y la primera generación de mujeres Asiáticas-Americanas tiene un riesgo de cáncer de mama a lo largo de su vida que es idéntico al de las mujeres Caucásicas Nativas Norteamericanas.

La incidencia de cáncer preinvasivo (por ej. Carcinoma ductal in situ) ha aumentado recientemente; este cambio ha sido atribuido, en parte, al menos, a un dramático aumento en el screening mamográfico que comenzó a mediados de los 80s.⁴ Este aumento, ajustado por edad ha sido observado tanto en mujeres caucásicas como Afroamericanas, pero es menos dramático en las mujeres entre 35 a 39. Al mismo tiempo, la incidencia de carcinoma invasor ha caído, acompañado por una pequeña caída en la mortalidad. Las razones para esta disminución no se conocen, pero puede involucrar tanto al uso más amplio de la mamografía así como a las mejoras en la hormonoterapia adyuvante y quimioterapia.¹⁹

Datos provenientes de la estimación más reciente de GLOBOCAM 2000, 10.1 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo, con alrededor de 6.2 millones de muerte por cáncer y unos 22.4 millones de personas viviendo con cáncer en el año 2000. Este estimado se refería a todos los tipos de cáncer con exclusión de cáncer de piel no melanoma. Los estimados del 2000 representaban un aumento del 22 por ciento tanto en incidencia como en mortalidad respecto de los estimados previos de 1990.²⁰

¹⁸ Epidemiología descriptiva de cáncer en el instituto nacional de cancerología de México: Alejandro Mohar, m.c., dr. en c.,(1) Mauricio frías-Mendivil, m. en c.,(1), Laura Suchil-Bernal, m.c., m. en c.,(1) teresa mora-Macías, lic. en enf.,(2) Jaime g. de la garza, m.c.(3): epidemiología descriptiva de cáncer en el instituto nacional de cancerología de México. salud publica Méx. 1997; 39:253-258.

¹⁹ American Cancer Society. Cancer facts and figures-1991. Atlanta: American Cancer Society, 1991:9.

²⁰ Boring c, squires t, tong t.: Cancer around the world, 1986-1988. Cancer statistics. Cancer J Clin 1992;42:19-38.

El segundo cáncer más frecuente a nivel mundial es el de mama en lo que se refiere a incidencia (1.05 millones de casos nuevos) pero es el quinto en mortalidad. Existen variaciones regionales sustanciales en la incidencia de cáncer de mama. Los índices más altos se encuentran en Norteamérica y el norte de Europa y los más bajos, en los países del lejano oriente. Dentro de Sudamérica, Brasil tiene tasas más bajas, mientras que Argentina se acerca a los valores que tiene Europa. La incidencia está aumentando globalmente y puede deberse a la mayor detección de casos tempranos por la realización más frecuentes de mamografías.²¹

Se considera hoy que al año 2010, habrá una tasa de mortalidad de 13 por 100,000 mujeres adultas y cerca de 4500 defunciones por año por esta causa en México. En el mundo se presentan alrededor de 570,000 casos nuevos por año y se estiman 1, 000,000 (un millón) de nuevos casos para el año 2,000. Sin embargo, no es México un país con la mayor incidencia de cáncer mamario. Solamente en los estados unidos se calculan 200,000 casos nuevos por año y 40,000 defunciones anuales por esta causa. Actualmente la american cancer society predice que una de cada 8 mujeres padecerá cáncer mamario durante su vida.

De máxima incidencia: los Estados Unidos de América (93.9 casos por 10 000 mujeres por año).

De mediana incidencia: Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia.

De baja incidencia: Ecuador, Costa Rica y Perú.

En la región de las Américas, a medida que disminuye la tasa total de fecundidad o el número promedio de hijos que ha tenido una mujer, aumenta la incidencia del cáncer mamario. Con base en un análisis estadístico del año más reciente para el cual existen datos en cada país, las autoras señalan que son cinco los países donde la mortalidad anual por 10 000 mujeres es mayor: Uruguay (46.4), Trinidad y Tobago (37.2), Canadá (35.1), Argentina (35.2) y EUA (34.9).

²¹ La epidemia de cáncer de mama en México. ¿consecuencia de la transición demográfica? Olga López-ríos, dr. en c.,(1), Eduardo César Lazcano-Ponce, m.c., dr. en c.,(1) Víctor Tovar-Guzmán, m.c., m. en c.,(1) Mauricio Hernández-Ávila, m.c., dr. en c.(1), salud publica Méx. 1997;39:259-265.

IV.4.3. Historia

La palabra 'cáncer' es griega y significa 'cangrejo'. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada y con ramificaciones similar a la de un cangrejo marino y de ahí deriva su nombre.

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que el hombre conoce desde antiguas épocas.

La descripción más antigua del cáncer (el término cáncer no era usado) proviene de Egipto y es del 1600 adC aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad, "No existe tratamiento". A lo mínimo un caso descrito es de un hombre.

Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logro mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances.

En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que invento la operación conocida como "Mastectomía Radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70.²²

El Día Internacional se celebra el 19 de octubre, tiene como objetivo sensibilizar a la población general acerca de la importancia que esta enfermedad tiene en el mundo industrializado.

IV.4.4. Anatomía de las Glándulas Mamarias

La mama está compuesta por lóbulos y conductos. Cada mama tiene entre 15 y 20 secciones llamadas lóbulos, que comprenden secciones más pequeñas llamadas lobulillos. Los lobulillos terminan en docenas de bulbos minúsculos que pueden producir leche. Los

²² López Mendoza L, Méndez Martínez M A. Detección oportuna de CaMa en la consulta externa (clínica de mama) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008; 13(Supl 2):45-49

lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados llamados conductos.

Cada uno de los lobulillos desemboca independientemente en el pezón por medio de un conducto propio. Este conducto recibe la secreción láctea a través de un sistema tubular ramificado debido a esto, la glándula mamaria se clasifica como un conjunto glandular tubuloalveolar. Estos lóbulos están compartimentalizados por hojas de tejido conjuntivo firme, la superolateral llamada ligamento suspensorio de Cooper, es responsable de dar sostén a la mama. Todos esos elementos glandulares están embebidos en una trama de tejido conectivo firme y tejido adiposo, que se conoce como estroma mamario. La inervación es muy rica y la recibe de los nervios intercostales (probablemente el más importante es el cuarto nervio intercostal, ya que da inervación eferente y aferente al pezón).²³

A través de ella se establecen los reflejos neurovegetativos que se originan en la estimulación sensorial de pezón y de la areola, la cual da lugar a descargas de prolactina y oxitócica. Estas hormonas juegan el papel muy importante en la lactogénesis y la lactopoyesis.

La irrigación está dada en su mayor parte por la arteria mamaria lateral, la rama de la subclavia y en menor proporción de la mamaria interna, la rama de la epigástrica. El plexo linfático es abundante y desemboca en los conjuntos ganglionares de la axila y el cuello. El pezón y la areola son constituidos por una condensación del epitelio escamoso. Además de contener en su interior la porción terminal de los conductos galactóforos, tiene una inervación rica probada por los corpúsculos de los Meissner, terminaciones disciodeas y terminales libres.

IV.4.5. Fisiología y Patología mamaria

Biológicamente, la mama es una glándula sudorípara modificada, característica y definitoria de los mamíferos y su función primordial es la alimentación de las crías.

En el humano se añade un claro componente sexual: a diferencia de lo que ocurre con las hembras de los primates, los pechos de la mujer mantienen un volumen considerable a

²³ -Lozano-Ascencio R, Gómez-Danés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Breast cancer trends in Latinoamérica and the Caribbean. Salud Pública Mex 2009; 51(Suppl. 2):147S-156S.

partir de la pubertad, que aumenta aproximadamente un tercio durante los períodos de lactación.

La glándula mamaria se origina en la profundidad de la piel. En la niña se desarrolla a partir de la pubertad, y su crecimiento será acompañado por la piel que se adaptara a las nuevas formas y tamaños. En el interior se producen cambios que preparan a la glándula para la alimentación del recién nacido: los acinos glandulares reunidos en lóbulos y que se comunican con el exterior en el pezón a través de los conductos galactóforos, se hipertrofian y activan, produciendo una secreción característica: la leche. Los estímulos hormonales de la menstruación, embarazo y lactación, los tratamientos hormonales y la obesidad, inducen el aumento de su tamaño.

Embriológicamente se forman a partir de dos pliegues de la capa superficial (ectodermo) en la región ventral del embrión los cuales darán origen a dos filas de mamas en algunos mamíferos (perro, gato); en la hembra humana y en otros mamíferos (equinos, bovinos) estas glándulas se han atrofiado, manteniéndose únicamente dos. No es raro, sin embargo, que en algunas mujeres persistan vestigios de estas estructuras atrofiadas y podamos ver resquicios de pechos más o menos completos en las líneas que van desde la axila hasta la ingle (Mamas o pezones supernumerarios).

Otras anomalías que pueden encontrarse son, la falta completa de una o las dos mamas (amastia), asimetrías importantes (es normal una cierta asimetría), las alteraciones de la placa areola-pezón, (pezón invertido, hipertrofias, etc.), o el desarrollo de la mama en el varón (ginecomastia).²⁴

IV.4.6. Las alteraciones anteriores tienen un carácter eminentemente morfológico.

Debido al marco en el que nos desenvolvemos no vamos a profundizar en las de tipo histopatológico aunque si podemos apuntar, someramente, una sencilla clasificación de la patología más usual: Inflamatoria (mastitis, abscesos y necrosis grasa); Hormonal (Displasias mamarias benignas, quistes y adenosis) y Tumoral: benigna (Fibroadenoma) y maligna (carcinoma). Dada la frecuencia de alteraciones es importante el cuidado en el diagnóstico precoz para lo que son fundamentales los reconocimientos médicos

²⁴ - Manrique FG, Ospina JM, Vega NA, Morales AL, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012; 3: 18-27

periódicos y la buena información de la paciente, lo cual incluye el auto-examen de las mamas, y principalmente, el control periódico por su ginecólogo.

IV.4.7. Historia natural del cáncer de mama

El cáncer de mama se origina generalmente en el epitelio de revestimiento de los conductos y su crecimiento está condicionado por factores del tumor (tipo-grado histológico, etc.) y por factores del huésped (inmunidad, estado hormonal, etc.). Habitualmente el crecimiento es lento, requiriéndose 6 a 8 años para que la masa celular alcance un volumen de 1 cm. de diámetro y pueda detectarse clínicamente. Sin embargo, la diseminación a distancia puede ocurrir ya en la fase preclínica cuando el tumor traspasa la membrana basal y se hace invasor.

Localmente, el tumor primitivo de la Mama se manifiesta prevalentemente en el cuadrante superior externo (37%), cuadrante central (15%), cuadrante superior interno (12%), cuadrante inferior externo (8%), cuadrante inferior interno (5%). El 20% es difuso o en más de un cuadrante, el 2% inframamario y el 1% subclavicular o paraesternal.²⁵

Al crecer el tumor, frecuentemente infiltra el tejido cercano en forma difusa e irregular. El tejido conjuntivo adyacente puede reaccionar formando una capa de mayor consistencia que clínicamente se traduce en un mayor tamaño a la palpación, de superficie irregular, que muchas veces impide delimitar con exactitud los diámetros de la lesión. Al avanzar la enfermedad puede infiltrar la piel que lo cubre, llegando incluso a la ulceración.

Las regiones ganglionares más frecuentemente comprometidas son las axilares.

Las metástasis a distancia en un 50% se encuentran en el aparato esquelético, especialmente columna vertebral, costillas y pelvis. Cerca del 25% son pulmonares y pleural, 10% abdominales (especialmente hepática y ovárica) y en medida menor: cerebral, orbita, cutánea. Sucesivamente las localizaciones son múltiples y pueden comprometer también órganos como el riñón, páncreas, tiroides e intestino.²⁶

²⁵ Vahit Ozmen, Breast cancer screening: current controversies. The Journal of Breast Health 2011 7(1): 1-4

²⁶ Vahit Ozmen. Breast cancer in the world and Turkey. The Journal of Breast Health 2011 7(1): VII-XII

IV.4.8. Factores epidemiológicos de riesgo y etiología

Hoy en día, el cáncer de mama, como otras formas de cáncer, es considerado el resultado de daño ocasionado al ADN. Como ocurre esto proviene de muchos factores conocidos o hipotéticos (tales como la exposición a radiación ionizante).

Muchos factores han sido asociados con un incremento del riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, tales como una historia previa de cáncer de mama, el incremento de edad, parientes cercanos de primer grado con cáncer de mama, biopsia de enfermedad proliferativa benigna con atípica, primer embarazo en mujeres mayores de 35 años, menopausia tardía, menarquia temprana, historia previa de cáncer primario de ovario o de endometrio, obesidad en mujeres post-menopausicas, y evidencia de susceptibilidad genética.

Algunos factores llevan a un incrementado rango de mutación (exposición a estrógenos) reparo disminuido (los genes BRCA1, BRCA2, y p53). A pesar que muchos riesgos epidemiológicos y cofactores biológicos y promotores han sido identificados, la causa primaria aún es desconocida. Las influencias dietarias han sido propuestas y examinadas, pero estas no indican aumento o disminución de riesgo.

La sospecha de la existencia de origen viral del cáncer de mama es controversial, y la idea no es mayormente aceptada por la falta de evidencia definitiva o directa. Hay mucha mayor investigación en el diagnóstico y tratamiento del cáncer que en su causa de origen.²⁷

Dieta

La dieta rica en grasa aumenta el riesgo de cáncer de mama probablemente por estímulo de la actividad estrogénica. La vitamina C ha sido relacionada en forma inversa con el riesgo de cáncer de mama.

Edad

El riesgo de contraer cáncer de mama se incrementa con la edad. Para una mujer que vive más allá de los 90 años la probabilidad de tener cáncer de mama durante toda su vida es

²⁷ Patricia Williams K, Mabiso A, Todem D, Hammad A, Hill-Ashford Y, Hamade H. Differences in Knowledge of Breast Cancer Screening Among African American, Arab American, and Latina Women Preventing chronic Disease. January 2011 8(1): 1-11

de 12,5% o 1 en 8. Los hombres también pueden desarrollar cáncer de mama, pero su riesgo es menor de 1 en 1000.²⁸

La edad es el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama, pero la localización geográfica también juega un rol. Por ejemplo, las mujeres Asiáticas, comparadas con las norteamericanas o de Europa Occidental, tienen un riesgo muy bajo de desarrollar la enfermedad.

El riesgo es modificado por muchos factores diferentes. En una porción muy pequeña de cáncer de mama (5%) hay un gran factor de herencia familiar. La probabilidad de adquirir cáncer de mama aumenta con la edad, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes. Un tipo de cáncer de mama que ocurre y es especialmente agresivo y desproporcional en las mujeres jóvenes es el cáncer de mama inflamatorio.²⁹

IV.4.9. Antecedentes familiares

Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo (dos a cuatro veces). Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.

IV.4.10. Antecedentes personales.

Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.

Raza

Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor, probablemente porque a ellas se les detecta en estadíos más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

²⁸ - Knaul, F.M; López Carillo, L; Ponce Lazcano, E. CaMa: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Pública de México 51(2): 2009; 138S-140S

²⁹ Uchida, M. Mamografía de screening y realidad chilena. Revista Chilena de Radiología. 2008; 14(3): 130-134.

Genes

Dos genes, el BRCA1 y el BRCA2 han sido relacionados con una forma familiar rara de cáncer de mama.

Mujeres en familias que expresan mutaciones en estos genes tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama que las mujeres que no. No todas las personas que heredan mutaciones en estos genes desarrollarán cáncer de mama.

Conjuntamente con el síndrome Li-Fraumeni (mutación del p53), estas aberraciones genéticas determinarían aproximadamente el 5% de todos los casos de cáncer de mama, sugiriendo que el resto es esporádico. Recientemente se ha encontrado que un gen llamado BARD1, cuando está combinado con el gen BRCA2 incrementa el riesgo de cáncer hasta en un 80%.³⁰

Alcohol

Estudios llevado a cabo en el Reino Unido concluyeron que "los estudios confirman las observaciones previas de que aparentemente existe la asociación entre el consumo de alcohol y el incremento de riesgo en el cáncer de mama en las mujeres. Pero, existe una débil asociación entre la cantidad de alcohol consumida y el riesgo relativo"

El Comité norteamericano de Carcinogenicidad de químicos en la comida concluye "Una nueva investigación concluye que una mujer que toma en promedio dos unidades de alcohol por día tiene aumentado el riesgo de desarrollar cáncer de mama en un 8% superior a la mujer que solo bebe una unidad de alcohol por día.

El riesgo de cáncer de mama aumenta con la cantidad de alcohol consumido diariamente". La investigación concluye que el 6% de casos de cáncer de mama podrían ser evitados si se redujera el consumo de alcohol a niveles muy bajos (menos de una unidad de alcohol por día).³¹

³⁰ Majnaric Trtica L, Strnad M, Gmajnic R, Ebling B, Ebling Z, Markovic I. Efforts in Fighting against Cancer in Croatia Have to be Focused on the Primary Health Care Antropol. 2008 (32) 3:709-724

³¹ Rodríguez-Cuevas, SA, Guisa-Hohenstein F, Labastida-Almendaro S, EspejoFonseca R, Capurso-García M, Ruvalcaba-Limon E, et. al. Resultados del primer programa de detección oportuna de CaMa en México mediante pesquisa con mastografía. GAMO. 2009; 8 (3): 83-96

El riesgo relativo del alcohol es de 1.5. Cuando los niveles de consumo son elevados, el riesgo relativo aumenta a 2.5.³²

Niveles de luz

Investigadores del National Cancer Institute y el National Institute of Environmental Health Sciences han concluido un estudio que sugiere que la luz artificial puede ser una causa de cáncer de mama.³³

IV.4.11. Factores Hormonales y Reproductivos

Relacionados con una mayor exposición a la actividad estrogénica en tiempo e intensidad. La mayor actividad estrogénica favorece la proliferación del epitelio menos diferenciado.³⁴

Cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecer esta enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tiene un riesgo relativo igual a 2 con respecto a mujeres con menopausia a los 45 años o antes. El embarazo después de los 30 años también aumenta el riesgo. Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer.³⁵

La menarquia precoz cuanto más años menstrúe una mujer, más tiempo estará expuesta al estrógeno, y por consiguiente mayor será el riesgo de que contraiga cáncer mamario. Esto es más frecuente de observar en países con mejores condiciones de vida y alimentarias, tiene un riesgo relativo de 1.8 con respecto a la menarquia a los 13 años o más.

La nuliparidad aumenta el riesgo de cáncer de mama después de los 50 años.

La paridad después de los 35 años aumenta cinco veces el riesgo de cáncer de mama con respecto a las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años. El efecto protector de un embarazo de término antes de los 20 años se explica por diferenciación del epitelio

³² Torres-Arreola Lp, Vladislavovna DoubovaS. CaMa .Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45 (2): 157-166

³³ Silva Lira LM, Ríos Rodríguez N. Estudio mamario integral en el Hospital General de México: frecuencia y clasificación BI-RAD S. Experiencia de un año. Anales de Radiología México 2011; 2:91-97.

³⁴ Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: an urgent priority. Salud Publica Mex 2009; 51(suppl2):S335-344S.

³⁵ -González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G, López-Carrillo L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del CaMa en América Latina. Retos a futuro. Salud Pública Mex 2010; 52:533-543.

que disminuye precozmente el riesgo de oncogénesis. Al contrario, un primer embarazo después de los 35 años, puede estimular el crecimiento del epitelio atípico preexistente.³⁶

La administración exógena de estrógenos, de amplio uso especialmente en la mujer posmenopáusica, está reconocida como un factor de riesgo por algunos estudios científicos. Otros, sin embargo, no han demostrado ninguna relación. Lo recomendable ante esta situación contradictoria es administrar estrógenos previo descarte de una lesión neoplásica y mantener una vigilancia estrecha mediante exámenes físicos periódicos. El uso de estrógenos está contraindicado en caso de cáncer mamario.³⁷

Se ha descrito los contraceptivos orales combinados estrógeno-progesterona como carcinogénicos en humanos.

También se ha encontrado aumento en el riesgo de adquirir cáncer de mama en mujeres en tratamiento combinado en la terapia de la menopausia.

Estudios recientes han mostrado que el uso moderado a importante de alcohol también puede elevar sustancialmente el riesgo de cáncer de mama a través de un efecto dosis-respuesta. El uso de terapia hormonal de reemplazo puede aumentar levemente el riesgo entre las usuarias actuales, pero esta tasa parece retornar a la línea de base dentro de los cinco años del cese de su uso. El ejercicio puede disminuir el riesgo de cáncer de mama, especialmente cuando se inicia temprano en la vida, si es vigoroso y realizado 3 a 4 veces por semana.³⁸

Obesidad

La obesidad se asocia con un riesgo aumentado de cáncer de mama. El exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumente ese riesgo.

Hay que tener presentes estos factores de riesgo, y evitar aquellos que se puedan. También se debe conocer que, en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres

³⁶ Pollán M. Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat* (2010) 123:3–6

³⁷ Frenk, J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. *Claves en la lucha contra el CaMa. Salud Púb de Méx* 2009; 51 (supl 2) 135S-137S

³⁸ Porter PL. Global trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud PubMex* 2009; 51(supl 2):141S-146S

mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tiene un origen genético.³⁹

IV.4.12. Factores socioeconómicos y ambientales

Hay correlación positiva entre cáncer de mama y clase socioeconómica media-alta, y es mayor en áreas urbanas. Las mujeres de países de baja incidencia alcanzan las tasas de los países que han emigrado. Las tasas de incidencia mayores la presentan los países industrializados, y las tasas más bajas están en Asia, Centro América y África.⁴⁰

IV.4.13. Clasificación y factores pronósticos

Como resultado de las biopsias y citologías practicadas en las lesiones que encontramos en nuestras usuarias con sospecha de cáncer de mama, vamos a recibir informes firmados con descripciones microscópicas de los tejidos extraídos. Para la comprensión y fácil manejo de cada caso es conveniente la unificación de la nomenclatura de las lesiones microscópicas citadas.

IÓN T.N.M. (U.I.C.C.) 6ª. Edición

En relación al tumor (T):

Tis. Carcinoma in situ

Tis (CDIS). Carcinoma ductal in situ

Tis (CLIS). Carcinoma lobulillar in situ

Tis (Paget). Enf. De Paget del pezón sin tumor

T0: sin evidencia de tumor primario

T1: tumor de 2 cm. o menos en su mayor dimensión

T1a: 0'5 cm. o menos en su mayor dimensión

T1b: entre 0'5 y 1 cm. de su mayor dimensión

T1c: entre 1 y 2 cm. en su mayor dimensión

T2: tumor entre 2 y 5 cm. en su mayor dimensión.

T3: tumor mayor de 5 cm. en su mayor dimensión.

T4: tumor de cualquier tamaño con extensión a pared torácica o piel.

³⁹ -Pollán M, García-Mendizabal MJ, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et. al. Situación epidemiológica del CaMa en España. Psicooncología. 2007; 4, (2-3 supl):231S-248S.

⁴⁰ Smith AR, Caleffi M, Ute-Susann A, Chen T, DuffyW S, Franceschi D, et.al. El CaMa en los Países de Recursos Limitados: Detección Temprana y Acceso a la Asistencia. The Breast Journal, 2007; 13(Supl 1):16S-29S

T4a: extensión a pared torácica

T4b: edema (incluyendo piel de naranja) o ulceración de piel de la mama
o nódulos satélites cutáneos en la mama.

T4c: ambos 4a y 4b.

T4d: carcinoma inflamatorio

En relación con los ganglios linfáticos regionales (N):

pN0.- no metástasis, histológicamente, en ganglios regionales, sin examen adicional para CTA.

pN0 (i-).- no metástasis, histológicamente, en ganglios regionales, IHQ negativa.

pN0 (i+).- no metástasis, histológicamente, en ganglios regionales, IHQ positiva con CTA (grupos de células neoplásicas <0.2 mm)

pN0 (mol-).- no metástasis, histológicamente, en ganglios regionales; estudio molecular negativo.

pN0 (mol+).- no metástasis, histológicamente, en ganglios regionales; estudio molecular positivo.

pN1: Metástasis en 1 a 3 ganglios axilares, y/o en ganglios mamarios internos con afectación microscópica detectada por disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente.

pN1(mi).- Micrometástasis (>0.2 mm/<0.2 cm)

pN1a.- Metástasis en 1 a 3 ganglios axilares.

pN1b.- Metástasis en ganglios mamarios internos con afectación microscópica detectada por disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente

pN1bi. Excluida

pN1bii. Excluida

pN1biii. Excluida

PN1BIV. Excluida

pN1c. Metástasis en 1 a 3 ganglios axilares, y en ganglios mamaros internos con afectación microscópica detectada por disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente (La afectación mamaria interna asociada con más de tres ganglios afectados, se clasifica pN3b).

Clínicamente aparente, detectable: Detectado por estudios de imagen (excluyendo linfoscintigrafía) o por examen clínico.

pN2. Metástasis en 4 a 9 ganglios axilares, o en ganglios mamaros internos clínicamente aparentes en ausencia de ganglios axilares detectados

pN2a. Metástasis en 4 a 9 ganglios axilares (al menos un depósito tumoral >0.2 cm)

pN2b. Metástasis en ganglios mamaros internos clínicamente detectables en ausencia de ganglios axilares afectados.

pN3. Metástasis en 10 o más ganglios axilares, o ganglios infraclaviculares, o en ganglios mamaros internos ipsilaterales clínicamente detectables en presencia de 1 o más ganglios axilares afectados; o en más de 3 ganglios axilares con metástasis microscópica en ganglios mamaros internos, clínicamente negativos, o en ganglios supraclaviculares ipsilaterales.

pN3a. Metástasis en 10 o más ganglios axilares (con al menos un depósito tumoral >0.2 cm), o metástasis en ganglios infraclaviculares

pN3b. Metástasis en ganglios mamaros internos ipsilaterales clínicamente detectables en presencia de 1 o más ganglios axilares afectados; o en más de 3 ganglios axilares y en ganglios de la mamaria interna con afectación microscópica detectada con disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente.

En relación a las metástasis a distancia (M):

M0: sin metástasis conocidas

M1: con metástasis a distancia.

V. HIPÓTESIS

Las mujeres del sector de Villa María tienen poco conocimiento del cáncer de mama por lo que adoptan actitudes indiferentes y no realizan prácticas de prevención de los factores de riesgo para este cáncer.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Años cumplidos	De razón
Escolaridad	Es el grado de instrucción escolar de la paciente al momento del estudio.	Primaria Secundaria Superior universitario Superior no universitario	Nominal
Ocupación	Se refiere a la labor que desempeña la persona ya sean en una empresa privada, pública o por cuenta propia.	-Empleada privada -Empleada pública -Ama de casa -Sin ocupación	Nominal
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltera Casada Unión consensuada	Nominal
Conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje sobre manifestaciones, cómo se previene el cáncer de mama	Alto Medio Bajo	Nominal
Actitudes	Predisposición positiva o negativa hacia las medidas del control y detención del cáncer de mama.	Totalmente de acuerdo De Acuerdo Indeciso Desacuerdo	Nominal
Prácticas	Medidas empleadas por la mujer para prevenir el cáncer de mama, a través del autoexamen y los chequeos periódicos.	Adecuado Inadecuado	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realiza estudio prospectivo de tipo descriptivo, longitudinal y clínico de las mujeres en edad comprendida entre 15 a 80 años.

VII.2. Ubicación

Barrio Mejoramiento Social, Sector Villa Maria, Santo Domingo Republica Dominicana.

VII.3. Población y Muestra

Está conformado por 50 Mujeres mayores de 15 años que vivan en el sector de Villa Maria.

VII.4. Criterio de inclusión

Mujeres vivan en el sector de Villa Maria.

Mujeres que tengan más de 15 años.

VII.5. Instrumento de recolección de la información

Cuestionario

IV.6. Procedimientos

Se solicito permiso a las autoridades del centro hospitalario, para realizar la investigación, explicándole la finalidad de esta.

Se hará un previo entrenamiento a los sustentantes para la aplicación de un formulario de recolección de datos previamente designados por parte de los asesores de la tesis, conteniendo las variables principales de la investigación, el cual se aplicara a los casos relacionados con los conocimientos, prácticas y actitudes del cáncer de mama en el sector.

Se procederá a estandarizar el formulario con pruebas pilotos previa, bajo la supervisión de los asesores de la tesis.

VII.7. Tabulación

Se realizaron, en primer lugar, de forma manual y posteriormente serán introducidos y procesados en una base de datos, utilizando el programa Microsoft Office 2013 Excel.

VII.8. Análisis

Se determinaron las proporciones simples y sus intervalos de confianza 95%, procediendo a la elaboración de tablas y gráficos para así presentar los datos estadísticos y visualizar más claramente los resultados. Para tales fines se utilizará el programa Microsoft Office (Word, Excel y PowerPoint).

VII.9. Aspectos éticos

Toda la información plasmada en este proyecto fue manejada bajo estricta confidencialidad por parte de los investigadores y no se darán a conocer datos pertinentes a las aseguradoras, por tal razón, se codificaron los formularios con número y fecha para ocultar su identidad, luego fueron revisados para su análisis estadístico, discusión y presentación.

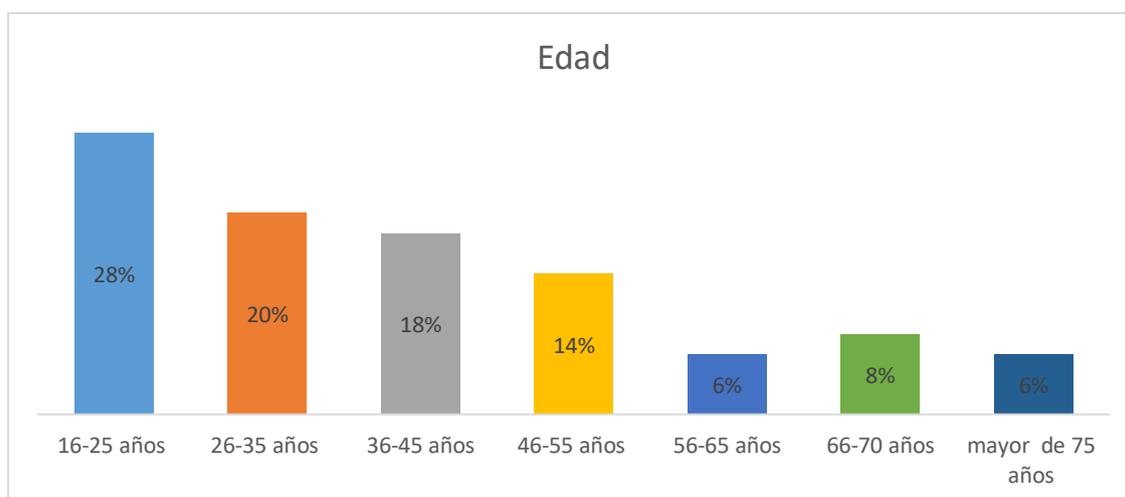
VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla No.1 Conocimiento, actitudes, practicas sobre cáncer de mama en mujeres del sector de villa maría en el periodo abril – junio 2019, según edad

Edad	Casos	Porcentaje
16-25 años	14	28,0
26-35 años	10	20,0
36-45 años	9	18,0
46-55 años	7	14,0
56- 65 años	3	6,0
66-70 años	4	8,0
Mayor de 75	3	6,0
Total	50	100.00

Fuente: cuestionario aplicado a la muestra seleccionada

Grafica No.1 Según Edad



Fuente: tabla correspondiente

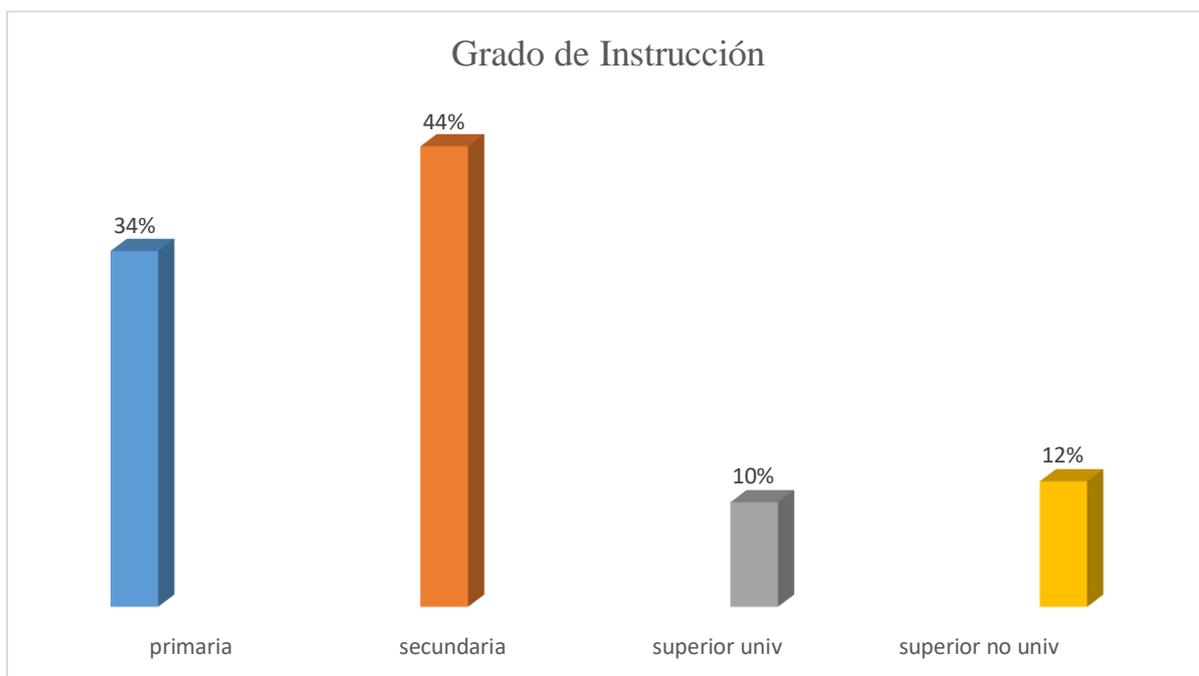
Según la edad el grupo etario más frecuente encuestado fue el de 16 a 25 años con un 28 por ciento.

Tabla No.2 Conocimiento, actitudes, practicas sobre cáncer de mama en mujeres del sector de villa maría en el periodo abril – junio 2019, según grado de instrucción

Grado de instrucción:	Casos	Porcentaje
Primaria	17	34,0
Secundaria	22	44,0
Superior universitario	5	10,0
Superior no universitario	6	12,0
Total	50	100.00

Fuente: cuestionario aplicado a la muestra seleccionada

Grafica No.2 Según grado de instrucción



Fuente: de la tabla correspondiente

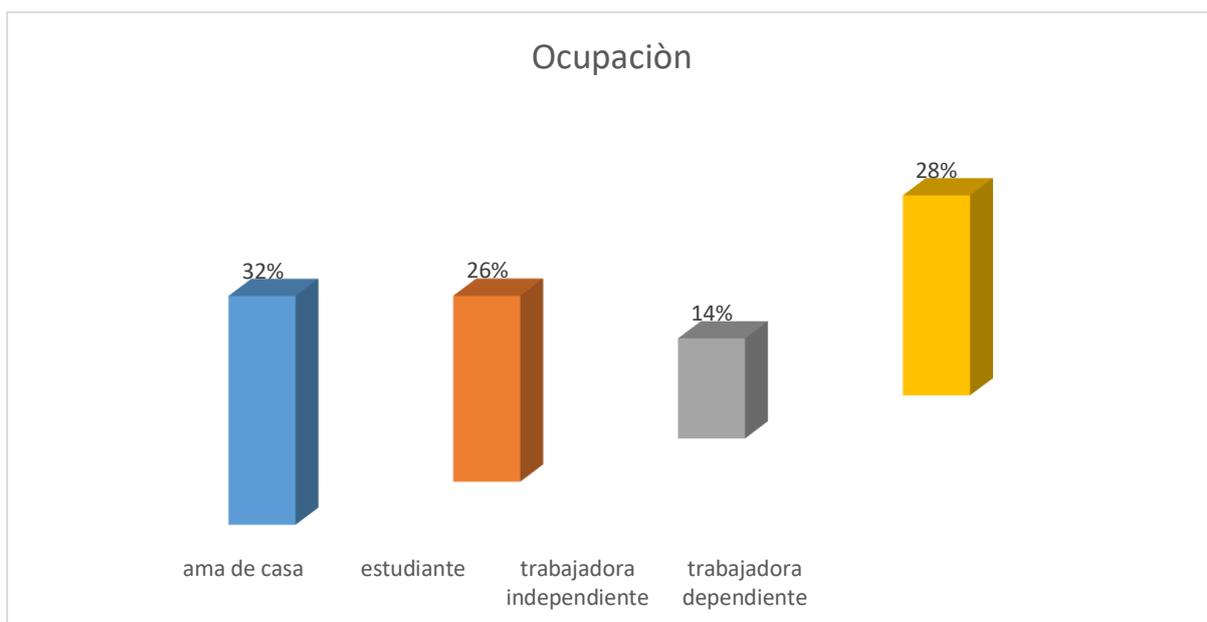
Según el grado de instrucción el más frecuente fue secundaria con un 44 por ciento.

Tabla No.3 Conocimiento, actitudes, practicas sobre cáncer de mama en mujeres del sector de villa maría en el periodo abril–junio 2019 según ocupación

Ocupación	Casos	Porcentaje
Ama de casa	16	32,0
Estudiante	13	26,0
Trabajadora independiente	7	14,0
Trabajadora dependiente	14	28,0
Total	50	100.00

Fuente: cuestionario aplicado a la muestra seleccionada

Grafica No .3 Según ocupación



Fuente: según tabla correspondiente

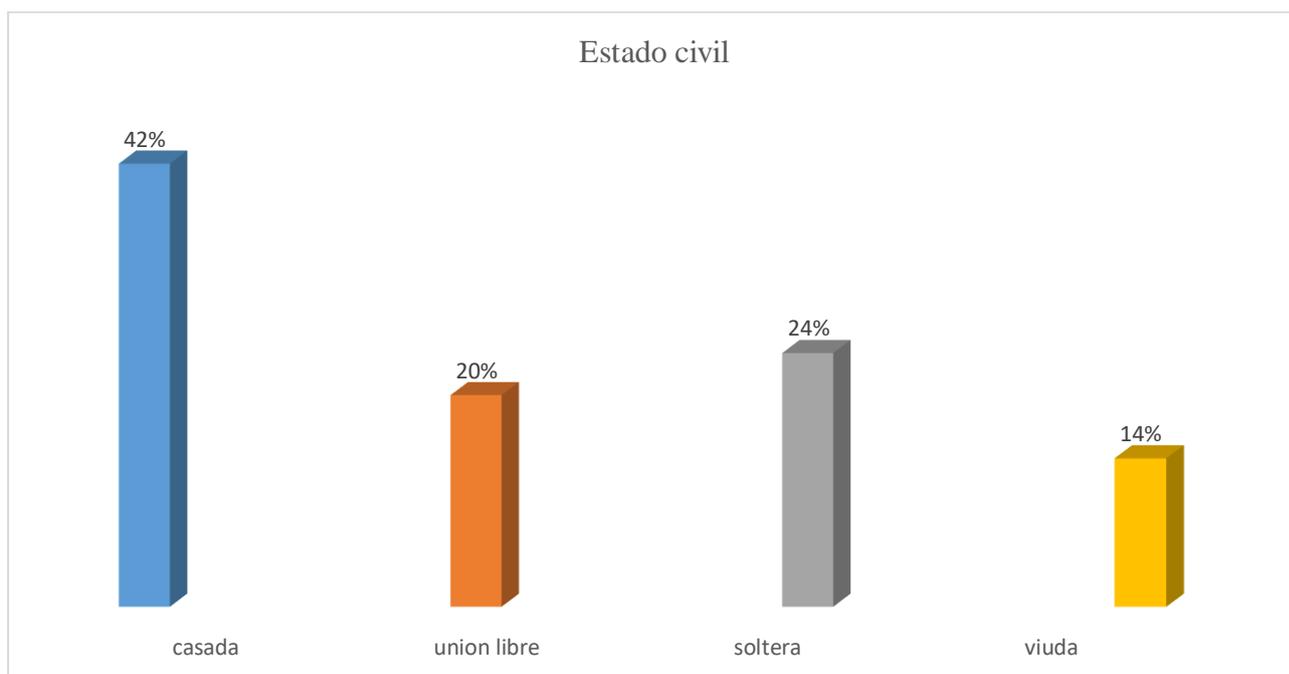
En cuanto a la ocupación la más frecuente fue ama de casa con un 32 por ciento.

Tabla No.4 Conocimiento, actitudes, practicas sobre cáncer de mama en mujeres del sector de villa maría en el periodo abril – junio 2019, según estado civil

Estado civil	Casos	Porcentaje
Casada	21	42,0
Unión libre	10	20,0
Soltera	12	24,0
Viuda	7	14,0
Total	50	100.00

Fuente: cuestionario aplicado a la muestra seleccionada

Grafica no. 4 Según estado civil



Fuente: según tabla correspondiente

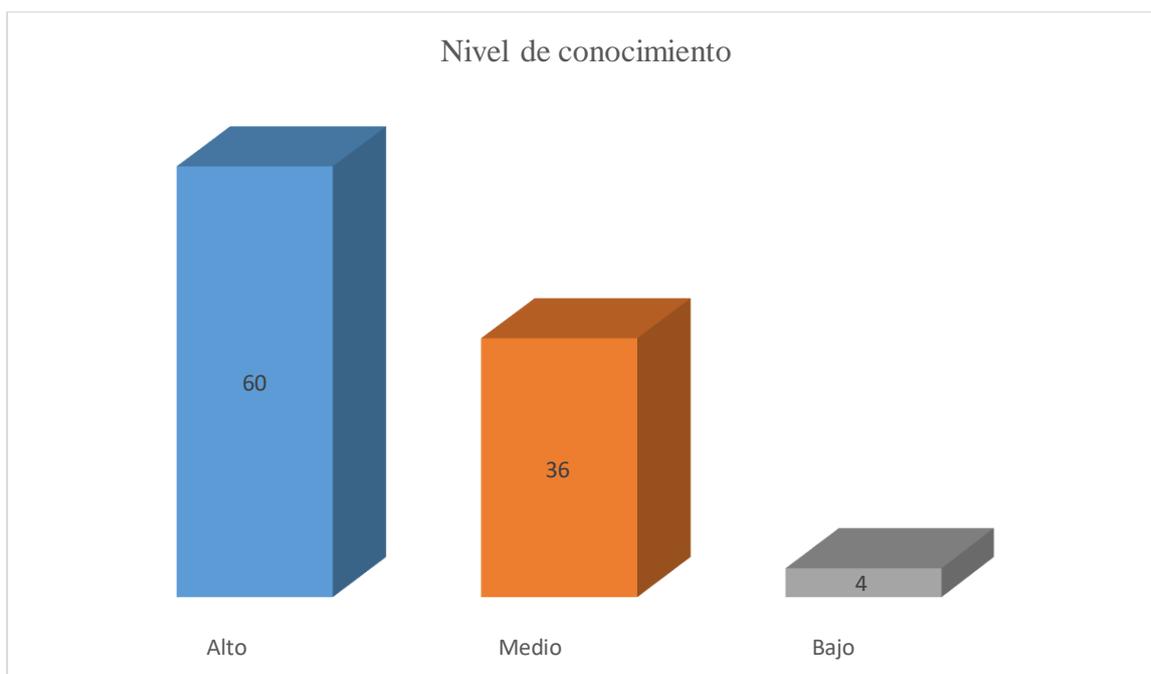
Referente al estado civil el más frecuente fue casada con un 42 por ciento.

Tabla No.5 Conocimiento, sobre cáncer de mama en mujeres del sector de villa maría en el periodo abril – junio 2019.

Nivel de conocimiento	Casos	Porcentaje
Alto	30	60,0
Medio	18	36,0
Bajo	2	4,0
Total	50	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la muestra seleccionada

Grafica No. 5 Según el nivel de conocimiento



Fuente: según tabla correspondiente

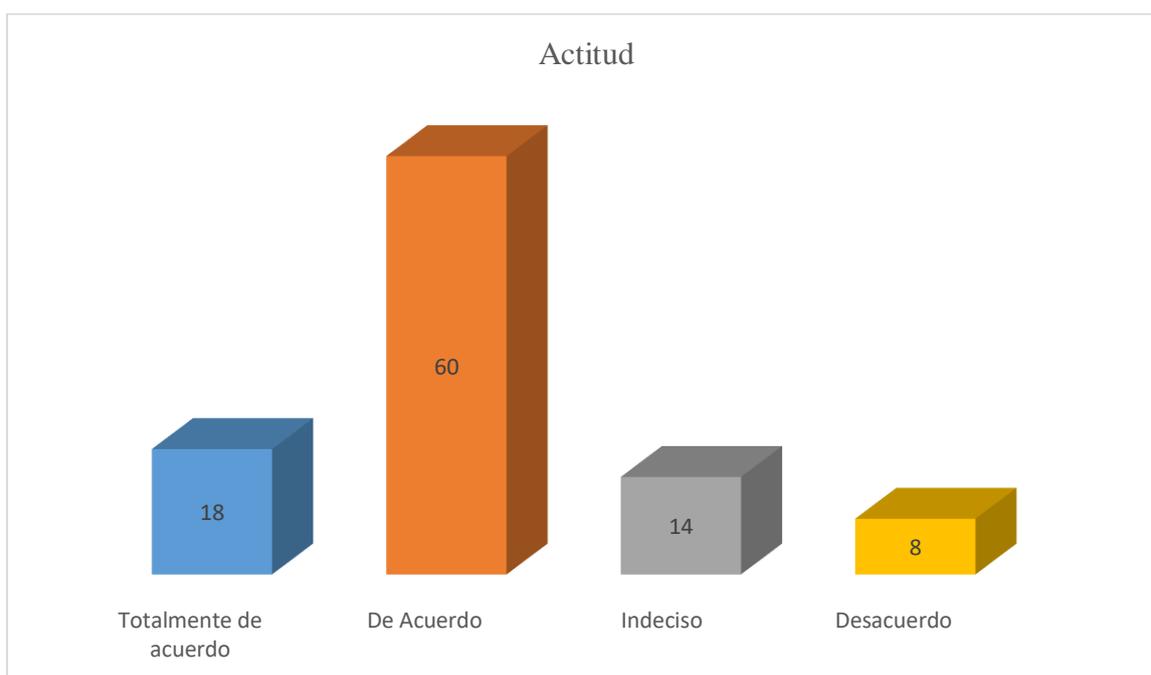
En cuanto al nivel de conocimiento el nivel más frecuente es alto con un 60 por ciento.

Tabla No.6 Actitud, sobre cáncer de mama en mujeres del sector de villa maría en el periodo abril – junio 2019.

Actitud	Casos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	9	18,0
De Acuerdo	30	60,0
Indeciso	7	14,0
Desacuerdo	4	8,0
Total	50	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la muestra seleccionada

Grafica No. 6 Según la Actitud



Fuente: según tabla correspondiente

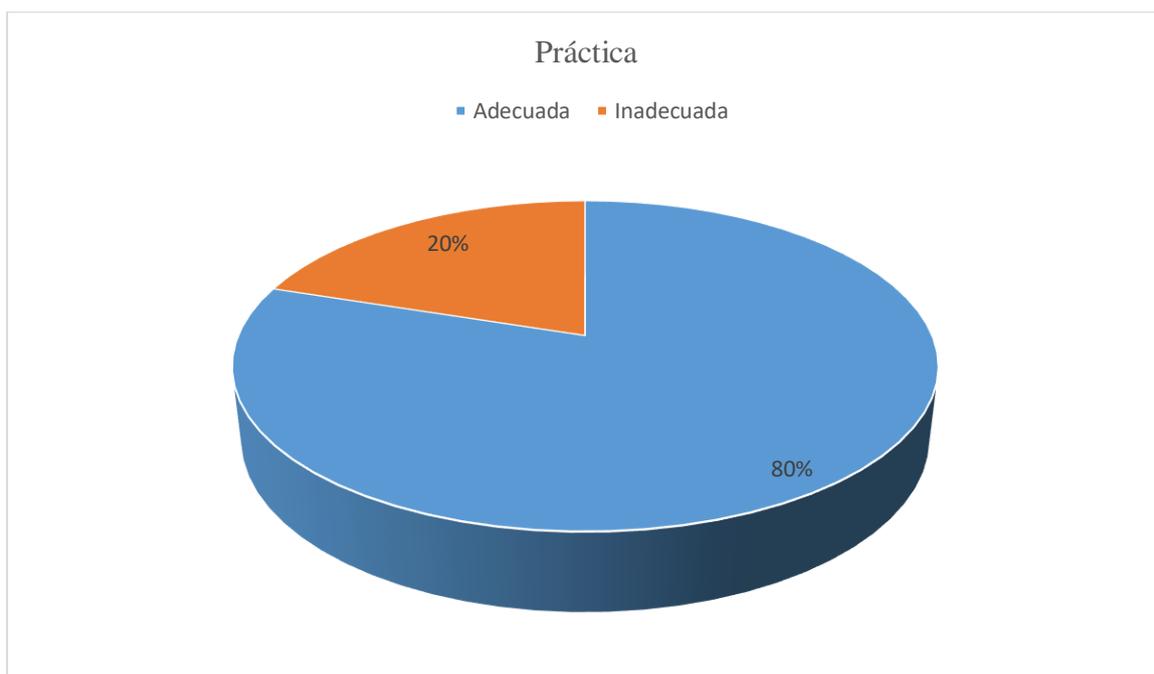
En cuanto a la actitud lo más frecuente fue de acuerdo con un 60 por ciento.

Tabla No.7 Práctica, sobre cáncer de mama en mujeres del sector de villa maría en el periodo noviembre 2017 – mayo 2018.

Práctica	Casos	Porcentaje
Adecuada	40	80,0
Inadecuada	10	20,0
Total	50	100,0

Fuente: cuestionario aplicado a la muestra seleccionada

Grafica No. 7 Según la práctica



Fuente: según tabla correspondiente

Referente a la práctica, se determinó que el 80 por ciento tuvo una práctica adecuada.

IX. DISCUSIÓN

La población que accedió a ser encuestada es relativamente joven, el grupo de edad de 16-25 años, fue el más frecuente con un 28,0 por ciento esto va a favor de que el porcentaje de mujeres que se encuentra en edad reproductiva es alto.

Según el nivel de escolaridad, casi la mitad, el 44 por ciento de las mujeres cursó la secundaria esto es directamente proporcional con el nivel de conocimiento determinado. Hoy en día gracias al acceso que tienen la población a las conexiones de internet las mujeres se mantienen informadas sobre diferentes temas relacionados a su salud reproductiva y sexual.

No es menos importante que la mayoría de estas mujeres estaban casadas, el 42,0 por ciento y que eran amas de casa en un 32,0 por ciento, sigue siendo un reto el tema del matrimonio en la adolescencia lo que tiene como antecedente el embarazo durante esta etapa de la vida.

Relacionado con el nivel de conocimiento, las que tenían un nivel de conocimiento alto fueron la más frecuente con el 60,0 por ciento, como les mencione al principio esto va relacionado proporcionalmente con el nivel de escolaridad.

En cuanto a la actitud, el 60,0 por ciento estaba de acuerdo con la prevención del cáncer de mama, esto nos orienta sobre la disposición que tienen las mujeres para tomar las acciones de lugar en beneficio de la prevención del cáncer de mamas.

El 80,0 utiliza prácticas adecuadas para la prevención de cáncer de mama, las orientaciones durante los chequeos ginecológicos son importantes para mantener la práctica del autoexamen de mamas de manera mensual.

X. CONCLUSIONES

Tras haber realizado la presente investigación formulo las siguientes conclusiones:

En cuanto al grupo de edad de 16-25 años, fue el más frecuente con un 28,0 por ciento, una población relativamente joven.

Según el nivel de escolaridad, casi la mitad 44 por ciento de las mujeres cursó la secundaria, el hecho de estar casadas pudo ser el factor determinante para que incurrieran en una deserción escolar.

Relacionado con la ocupación, las amas de casa fueron las más frecuentes con el 32,0 por ciento, tomando en cuenta el nivel de escolaridad y relacionándolo con el empleo es una tasa muy alta de mujeres que son amas de casa.

En cuanto al estado civil, las casadas fueron las más comunes con el 42,0 por ciento.

Relacionado con el nivel de conocimiento, las que tenía un nivel de conocimiento alto fueron la más frecuente con el 60,0 por ciento, esto nos orienta a que los programas de prevención sobre el cáncer de mama están surtiendo efectos en la población femenina, la mujer se interesa cada vez más en saber cuáles son las posibles enfermedades que puede padecer en el transcurso de su vida.

En cuanto a la actitud, el 60,0 por ciento estaba de acuerdo con la prevención del cáncer de mama, pudimos determinar que el autoexamen es algo rutinario entre las mujeres entrevistadas después de cada periodo menstrual, esto confirmado ya que el 80,0 por ciento utiliza practicas adecuada en la prevención de cáncer de mama.

XI. RECOMENDACIONES

Tras haber finalizado la presente investigación hago las siguientes recomendaciones:

- Como país tenemos políticas públicas destinadas a la prevención del cáncer de mamas, las cuales presentan retos grandes al momento de su ejecución, por lo cual sería bueno empezar a implementar los protocolos establecidos por dichas políticas de prevención a partir del primer nivel de atención, ya que de esta manera podríamos garantizar la disminución del porcentaje de mujeres afectadas con cáncer de mamas.
- Las campañas de prevención deben ser revisadas para su reformulación cada cierto tiempo, porque la población en edad fértil de Republica Dominicana aumenta verticalmente, y si a esto le sumamos el tema del embarazo en adolescentes y el matrimonio a temprana edad, tendremos una brecha importante que cerrar.
- Las alianzas con instituciones relacionadas como el Ministerio de la Mujer, la Sociedad de Medicina Familiar y centros de salud que tienen que ver con el manejo y detección temprana de cáncer de mamas, sumaría mucho en la lucha, control y prevención de esta patología.
- Como médicos tenemos el reto de asumir el compromiso y unirnos a la lucha en contra de esta enfermedad que año tras año cobra miles de vida.

XII. REFERENCIAS

Ramos Águila Yisel de la Caridad, Marimón Torres Eugenia Rita, Crespo González Caridad, Junco Sena Bárbara, Valiente Morejón Wilfredo. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Ago [citado 2019 Sep 03] ; 19(4): 619-629. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es.

Ramos Águila Yisel de la Caridad, Marimón Torres Eugenia Rita, Crespo González Caridad, Junco Sena Bárbara, Valiente Morejón Wilfredo. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Ago [citado 2019 Sep 03] ; 19(4): 619-629. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es.

Dornelles Prolla Carmen Maria, Santos da Silva Patrícia, Oliveira Netto Cristina Brinckmann, Goldim José Roberto, Ashton-Prolla Patricia. Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público, Rev. Latino-Am. Enfermagem ene.-feb. 2015;23 (1):90-7 DOI: 10.1590/0104-1169.0185.2529 www.eerp.usp.br/rlae

Sánchez R Cesar, Bakal I Federico, Camus A Mauricio, Besa de C Pelayo. Cáncer de mama en mujeres adultas mayores, características clínicas e histopatológicas y resultados del tratamiento con intención curativa. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Dic [citado 2019 Sep 03] ; 141(12): 1534-1540. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200006>.

Suasnabar, R. S. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2012. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre la prevención del cancer de mama: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1309/1/Suasnabar_rs.pdf

Bunge M. La investigación científica. Buenos Aires- Argentina: Sudamericana; 1997

Salazar A. Punto de vista filosófico. Lima – Perú: El Alce; 1988.

Lefebvre H. Lógica formal, lógica dialéctica.[en línea]. 2012. [fecha de acceso el día 10 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.tiposde.com/ciencia/ conocimiento/ conocimiento racional.html>

Martínez B, Céspedes N. Metodología de la investigación. Perú: Libro amigo; 2008

Grupo de Investigación Ed. Física. Las actitudes.2007 [fecha de acceso el día 20 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>

Allport M. Psicología general. México – DF: Navarro; 1980.

Canales F. Metodología de la Investigación. 2da. ed. Washington DC: OPS; 1996.

Rodríguez, A. Psicología Social. México - DF: Trillas; 1991.

Vilches, A. Actitud. México – DF: Latinoamericana; 1998.

OPS. Hacia el Mejoramiento de la Salud a Través de los Cambios de Comportamientos. Una Guía Práctica Para la Promoción de la Higiene Biblioteca.2013

Dirección general de estadística, informática y evaluación, secretaría de salud. Daños a la salud. boletín de información estadística 1992; vol.12.

Norma Oficial Mexicana nom-014-ssa2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. México, d.C.: diario oficial de la federación, tomo cdlxxxix, no. 4, 6 junio de 1994:79-86.

Epidemiología descriptiva de cáncer en el instituto nacional de cancerología de México: Alejandro Mohar, m.c., dr. en c.,(1) Mauricio frías-Mendivil, m. en c.,(1), Laura Suchil-Bernal, m.c., m. en c.,(1) teresa mora-Macías, lic. en enf.,(2) Jaime g. de la garza, m.c.(3): epidemiología descriptiva de cáncer en el instituto nacional de cancerología de México. salud publica Méx. 1997; 39:253-258.

American Cancer Society. Cancer facts and figures-1991. Atlanta: American Cancer Society, 1991:9.

Boring c, squires t, tong t.: Cancer around the world, 1986-1988. Cancer statistics. Cancer J Clin 1992;42:19-38.

La epidemia de cáncer de mama en México. ¿consecuencia de la transición demográfica? Olga López-ríos, dr. en c.,(1), Eduardo César Lazcano-Ponce, m.c., dr. en c.,(1) Víctor Tovar-Guzmán, m.c., m. en c.,(1) Mauricio Hernández-Ávila, m.c., dr. en c.(1), salud publica Méx. 1997;39:259-265.

López Mendoza L, Méndez Martínez M A. Detección oportuna de CaMa en la consulta externa (clínica de mama) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008; 13(Supl 2):45-49

-Lozano-Ascencio R, Gómez-Danés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Breast cancer trends in Latinoamérica and the Caribbean. Salud Pública Mex 2009; 51(Suppl. 2):147S-156S.

- Manrique FG, Ospina JM, Vega NA, Morales AL, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012; 3: 18-27

Vahit Ozmen, Breast cancer screening: current controversies. The Journal of Breast Health 2011 7(1): 1-4

Vahit Ozmen. Breast cancer in the world and Turkey. The Journal of Breast Health 2011 7(1): VII-XII

Patricia Williams K, Mabiso A, Todem D, Hammad A, Hill-Ashford Y, Hamade H. Differences in Knowledge of Breast Cancer Screening Among African American, Arab American, and Latina Women Preventing chronic Disease. January 2011 8(1): 1-11

- Knaul, F,M; López Carillo, L; Ponce Lazcano, E. CaMa: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Pública de México 51(2): 2009; 138S-140S

Uchida, M. Mamografía de screening y realidad chilena. Revista Chilena de Radiología. 2008; 14(3): 130-134.

Majnaric Trtica L, Strnad M, Gmajnic R, Ebling B, Ebling Z, Markovic I. Efforts in Fighting against Cancer in Croatia Have to be Focused on the Primary Health Care Antropol. 2008 (32) 3:709-724

Rodríguez-Cuevas, SA, Guisa-Hohenstein F, Labastida-Almendaro S, EspejoFonseca R, Capurso-García M, Ruvalcaba-Limon E, et. al. Resultados del primer programa de

detección oportuna de CaMa en México mediante pesquisa con mastografía. GAMO. 2009; 8 (3): 83-96

Torres-Arreola Lp, Vladislavovna DoubovaS. CaMa .Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45 (2): 157-166

Silva Lira LM, Ríos Rodríguez N. Estudio mamario integral en el Hospital General de México: frecuencia y clasificación BI-RAD S. Experiencia de un año. Anales de Radiología México 2011; 2:91-97.

Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: an urgent priority.Salud Publica Mex 2009; 51(suppl2):S335-344S.

-González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G, López-Carrillo L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del CaMa en América Latina. Retos a futuro. Salud Pública Mex 2010; 52:533-543.

Pollán M. Epidemiology of breast cancer in young women. Breast Cancer Res Treat (2010) 123:3–6

Frenk,J.Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el CaMa. Salud Púb de Méx 2009; 51 (supl 2) 135S-137S

Porter PL. Global trends in breast cancer incidence and mortality. Salud PubMex 2009; 51(supl 2):141S-146S

-Pollán M, García-Mendizabal MJ, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et. al. Situación epidemiológica del CaMa en España. Psicooncología. 2007; 4, (2-3 supl):231S-248S.

Smith AR, Caleffi M, Ute-Susann A, Chen T, DuffyW S, Franceschi D, et.al. El CaMa en los Países de Recursos Limitados: Detección Temprana y Acceso a la Asistencia. The Breast Journal, 2007; 13(Supl 1):16S–29S

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

UNPHU

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Conocimientos, Actitudes y Practicas de Cáncer de Mama en las Mujeres del Sector de Villa María, que asisten a la consulta de medicina familiar de clínica Yolanda Guzmán, Santo Domingo en el periodo noviembre 2017 – mayo 2018.

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

1- Edad: _____

2- Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior No universitario
- d) Superior Universitario

3 -Ocupación

- a) Ama de casa.
- b) Estudiante.
- c) Trabajadora independiente.
- d) Trabajadora dependiente.

4. Estado civil:

- a) Soltera.
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Unión libre
- e) viuda

II. CONOCIMIENTOS QUE TIENEN SOBRE AUTO EXAMEN DE MAMAS: Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una X su respuesta:

1. ¿Conoce cómo se realiza el autoexamen de seno? SI ___ NO ___
2. ¿Quiénes se deben realizar el autoexamen de mama? Todas las mujeres ___ Todas las mujeres a partir de los 20 años ___ Solo mujeres con vida sexual activa ___ no sabe _____
3. ¿Para qué se realiza el autoexamen de mama? Para detectar cáncer ___ para buscar alguna enfermedad ___ Para estar seguras de estar sanas ___

4. ¿En qué momento se debe realizar el autoexamen de mama? Una vez al mes después de la menstruación__ 8 después de la menstruación __4 a 10 días desde el primer día de la menstruación Una vez al año__ Diario__

5. Razones y beneficios para realizar el auto examen de mama: Para saber si está bien__ Para conocer tu cuerpo__ Saber si tiene cáncer__ Para detectar cáncer tempranamente y curarlo__

6. ¿De dónde obtuvo la información para realizar el autoexamen? Libros / folletos__ TV__ Radio__ Internet__ Médico__ Familiares__ ninguno__ todos__

7. ¿Algunos de sus familiares le ha sugerido o motivado a hacerse el autoexamen? SI__NO__

8. ¿Quién?_____

III ACTITUDES ANTE EL AUTOEXAMEN DE MAMA: Las siguientes afirmaciones están referidas al autoexamen de mama, lea cada una y marque con una “X” sus respuestas en la columna respectiva. No existe repuesta buena o mala. La mejor respuesta es la que proporcione con espontaneidad para alcanzar el objetivo de este estudio. Marque según su grado con las siguientes preposiciones: TA: Totalmente de acuerdo; A: De acuerdo; I: Indeciso; DS: desacuerdo.

PROPOSICIONES	TA	A	I	DS
Es bueno realizarlo				
Yo me realizo el autoexamen de mama para protegerme de enfermedades				
El autoexamen de mama me da muchos beneficios				
El personal de salud influye en la realización del examen				
Me preocupa la aparición de bultos u otros				
Es un pecado realizarlo				
La religión influye en la decisión de realizar el examen				
El examen me ayuda a detectar enfermedades malignas y benignas				
Puedo acudir a un curandero para que me de masajes y remedios para curarme				
No tengo tiempo para realizarlo				
Me da pereza				
Se me olvida				
No creo que sea importante				
El personal de salud no me ha explicado sobre esto				

IV.PRACTICAS:

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una X su respuesta: Prácticas del autoexamen de mama.

1. ¿Alguna vez en sus consultas le han explicado sobre autoexamen? SI___ NO___
2. ¿Alguna persona de su familia ha padecido cáncer de mama? SI___NO___
¿Quién?_____
3. ¿Ha tenido usted alguna alteración o problema en las mamas? SI___NO___ ¿Cuál?
4. ¿Se ha realizado ya anteriormente el Autoexamen de Mama? SI___NO___ Si la respuesta es SÍ continúe respondiendo, de lo contrario pase a la siguiente hoja. 5. ¿Se realiza el autoexamen cada mes? SI___ NO___
6. ¿En qué días realiza el autoexamen? Una vez al mes después de la menstruación____
8 después de la menstruación ___4 a 10 desde el primer día de la menstruación. ___
Diario___
7. ¿cada cuánto realiza el autoexamen?____ 8. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó el autoexamen?
9. ¿Qué técnica utiliza? Observación___ Palpación___ Ambas___
10. ¿En qué posición observa sus senos? Sentada___ Parada___ Ambas___
11. ¿En qué posición palpa sus senos? Parada___ sentada___ Acostada___
12. ¿Con qué parte de la mano, palpa sus senos? Con toda la mano___ Con los dedos___
___Con la yema de los dedos___
13. ¿Cómo examina los senos? Ambas a la vez ___ De a una por vez___
14. ¿Cuándo examina sus senos, ¿incluye el examen del pezón? SI___ NO___

COSTOS Y RECURSOS

Humanos			
1 sustentante 2 asesores (clínico, metodológico)			
Equipos y Materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel Bond	2 resma	700.00	350.00
Computador Hardware HP Pavilion g6: Intel Core i5 2.27GHz; 4GB RAM	1 unidad		
Impresora HP DeskJet Cartuchos tinta HP	2 unidad	1500.00	1500.00
Software: Microsoft Windows 7 Microsoft Office 2007	2 unidades		
Información			
Revistas Referencias bibliográficas (ver lista de referencias)	4 unidades 27	0.00	
Económicos			
Papelería (copias)	1500 copias	1.0	1500.00
Encuadernación	6 informes	100.00	600.00
Empastado	5 libros	2500.00	2500.00
Inscripción a curso de metodología	1	3000.00	3000.00
Inscripción anteproyecto		10000.00	1000.00
Transporte			6000.00
Imprevistos			5000.00
TOTAL			21450.00