

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE RIESGO Y CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES
USUARIAS DEL C.S. MATERNO INFANTIL “TABLADA DE
LURÍN”**

VILLA MARIA DEL TRIUNFO

2006

TESIS

para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Jannet Jakeline Ricse Asencios

ASESORA

Tula Espinoza Moreno

Lima-Perú

2007

A Dios por bendecir mis días,
darme esta oportunidad y ser
la fortaleza en mi camino.

A la lic. Tula Espinoza Moreno,
por apoyarme y enseñarme a ser
perseverante ante cualquier situación.

A las Lic. Carmen de los Santos y Teresa Pareja,
por sus deseos , enseñanzas y por su valiosa
orientación en la realización de este estudio.

A toda mi familia y amigos por sus consejos,
apoyo constante y por todos los momentos
felices y tristes que hemos vivido juntos.

A mi padre Julio Soria V., por la fortaleza y
perseverancia que nos inculca; a mis hermanos
Nathaly y Williams por la motivación que me brindan
y ser quienes hacen diferentes los días.

A mi madre Arlina Asencios Vidal ,
por todo el amor, recuerdos vividos y
porque a pesar de que ya no estas,
se que desde donde estés, estarás a mi lado.

INDICE

	Pag.
INDICE.....	i
INDICE DE ANEXO.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I: PROBLEMA.....	1
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.....	29
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	46
REFERENCIAS	
BIBLIOGRAFICAS.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	52

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pag.
A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	54
B. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	55
C. GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL.....	58
D. APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD.....	59
E. PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV.....	65
F. APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS.....	67
G. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN EDAD EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T. 2006.....	75
H. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN PROCEDENCIA EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE . V.M.T. 2006.....	75
I. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓNEN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T. 2006.....	76

J. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T. 2006.....	76
K. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN RAZA EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T. 2006.....	77
L. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN ENFERMEDAD BENIGNA EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T. 2006.....	77
LL. DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN STRES EN EL C.M.I.T.L . DEL DISTRITO DE V.M.T. 2006.....	77

RESUMEN

En el estudio titulado “Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil “Tablada de Lurín” en el distrito de Villa Maria del Triunfo” ha sido realizado en la ciudad de Lima en el 2006, debido a que el cáncer de mama es considerado actualmente la neoplasia más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte en mujeres por encima de los 40 años. Por ende es importante que todo el equipo multidisciplinario de salud trabaje con la población, enfatizando la prevención de la enfermedad con la finalidad de que los factores de riesgo disminuyan y el nivel de conocimientos aumente. El objetivo fue Determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en usuarias del C.M.I. Tablada de Lurín en el distrito de Villa Maria del Triunfo – 2006, con el propósito de fomentar y propiciar la implementación de programas, talleres u otros preventivo promocionales que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas. El diseño Metodológico estuvo enfocado un estudio cuantitativo de nivel descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 76 mujeres usuarias del C.M.I.T.L. entre 35 a 64 años de edad, con un promedio de 43.0 años, una desviación estándar de 8.8 y una mediana de 42.0, donde se obtuvo que, el 48.7% (37) representa al mayor grupo de mujeres que presento más de 9 factores de riesgo para el cáncer de mama, el 36.8% (28) presento alguna enfermedad benigna como factor de riesgo no modificable, un 53.9% (41) percepción de estrés como factor de riesgo modificable. En cuanto a la variable en estudio de conocimientos el 50% (38) tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama.

Palabras claves: cáncer de mama, factor de riesgo, conocimientos, prevención.

SUMMARY

In the study titled "Factors of risk and knowledge has more than enough prevention of the cancer of he/she suckles in women users of C.S. Infantile maternal "Tablada of Lurin" in the district of Villa María of the Victory" has been carried out in the city of Lima in the 2006, because the cancer of she suckles you/he/she is considered the neoplasia at the moment but I/you/he/she frequents in the woman and the main cause of death in women above the 40 years. For ende it is important that the whole multidisciplinary team of health works with the population, emphasizing the prevention of the illness with the purpose that the factors of risk diminish and the level of knowledge increases. The objective was to Determine the factors of risk and knowledge on preventive measures of the cancer of he/she suckles in users of C.M.I. Tablada of Lurin in the district of Villa María of the Victory. 2006, with the purpose of to foment and to propitiate the implementation of programs, shops or other preventive promocionales that contribute to improve the quality of people's life. The Methodological design was focused a quantitative study of descriptive level of traverse court. The sample was constituted by 76 women users of C.M.I.T.L. among 35 to 64 years of age, with a 43.0 year-old average, a standard deviation of 8.8 and a medium of 42.0, where it was obtained that, 48.7% represents (37) to the biggest group of women that I present more than 9 factors of risk for the cancer of he/she suckles, 36.8% presents (28) some benign illness as factor of non modifiable risk, 53.9% estres perception (41) like factor of modifiable risk. As for the variable in study of knowledge 50% has (38) a knowledge half envelope the preventive measures of the cancer of he/she suckles.

Key words: cancer of he/she suckles, factor of risk, knowledge, prevention.

PRESENTACIÓN

En Estados Unidos, una de 11 mujeres desarrolla Cáncer mamario y mueren casi 40, 000 por esta causa cada año. En el Perú , el riesgo acumulado de desarrollar cáncer de mama hasta los 74 años de edad es de 3.5%, es decir una de cada 29 mujeres tiene el riesgo de sufrir de esta neoplasia.

La mama está constituida por una serie de tubos radiales, que parten del pezón; éste está situado en la aréola. Las glándulas están colocadas por debajo de la superficie de la piel y forman varios nódulos pequeños en la aréola. Hay entre quince y veinte conductos galactóforos que se extienden por los distintos lóbulos o subdivisiones de la mama y llegan hasta el pezón, donde se abren. Cuando la mama es inactiva está constituida sobre todo por tejido conectivo y por tejido graso. En la mujer, la mama puede padecer infecciones inflamatorias denominadas mastitis, sobre todo durante la lactancia. También es uno de los lugares en que suelen aparecer tumores con frecuencia, tanto benignos como malignos (*véase Cáncer*). Por esta razón, los médicos recomiendan a las mujeres que examinen sus mamas una vez al mes, con objeto de detectar la aparición de posibles masas cancerosas. También se recomienda que las mujeres que tienen más de cuarenta años de edad se sometan cada año a una mamografía, un estudio con rayos X. Cuanto más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento, mayores posibilidades de curación habrá. Las pruebas de detección precoz en pacientes aparentemente sanos permiten realizar el diagnóstico antes del desarrollo de los síntomas, en una fase en la que el cáncer es más curable. Algunos de los cánceres más mortíferos, como los de mama, pueden ser puestos en evidencia mediante pruebas de detección.

De ahí que el presente estudio de investigación titulado **“Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil “Tablada de Lurín” en el distrito de Villa María del Triunfo 2006”** tuvo como objetivo general: Determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en usuarias del C.M.I. Tablada de Turín.

Los hallazgos del estudio proporcionan datos reales relacionados a la presencia de factores de riesgo tanto no modificables y los susceptibles a modificación; así también como conocimientos sobre cáncer de mama, autoexploración, examen clínico, mamografía el cual nos permitirá determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama a fin de elaborar y/o mejorar programas tendientes a desarrollar en forma activa sobre la prevención y promoción de la salud.

El presente trabajo de investigación consta de: Capítulo I: En la cual se presenta planteamiento, formulación y justificación del problema, objetivos, propósito y marco teórico; Capítulo II: Diseño Metodológico; se expone el método, descripción de la sede de estudio, población y muestra, técnica e instrumento; Capítulo III: Resultados y Discusión, que incluye la presentación, análisis e interpretación de los datos. Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones; finalmente se ubica las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

INTRODUCCION

Cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; siendo otros términos utilizados: neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso para dar lugar a la formación de las llamadas metástasis.

El cáncer representa una amenaza para todo ser humano, al menos una de cada tres personas desarrollará cáncer en algún momento de su vida¹. El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. De los 58 millones de muertes que se registraron en el mundo en 2005, 7,6 millones (13%) se debieron al cáncer². Asimismo, el cáncer es la segunda causa de muerte por enfermedad crónica y mata a 7 millones de personas cada año alrededor del mundo, se calcula que en 15 años, esta cifra aumentará en un 50 por ciento lo que se traduce a 10 millones de muertes anuales para el 2020. Se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones en 2015 y 11,4 millones en 2030 ³.

En cuanto a las incidencias a nivel mundial Norte América ocupa el primer lugar con un 86.3% (el cáncer de mama es la causa más común de cáncer en mujeres y la segunda causa de muerte en este sexo⁴), seguida de Nueva Zelanda (71.7%), Estados Europeos (31.8%) y Perú con un 31.8%.⁵; Tanzania otro de los países más golpeados, cada año 30 mil personas son diagnosticadas con cáncer de las cuales menos del 10 % tiene acceso a tratamientos médicos básicos⁶.

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad⁷; en Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1990 a 1993, ha publicado tasas de incidencia y

mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes de nuestra ciudad capital. Con una incidencia de 12.4 x 100,000 habitantes y una mortalidad de 3.85 x 100,000 habitantes⁸. Otro de los Registros de Cáncer de Lima Metropolitana 1994 a 1997, muestra la incidencia y mortalidad del cáncer de mama con un 31.8% y un 10.2% respectivamente. Los tipos de cáncer mas frecuentes en casos nuevos, registran: Cáncer de mama con un 32.3% (3738 casos), cáncer de cuello uterino un 23.5% (2751 casos), cáncer de estomago un 17.6% (1955 casos), y otros mas, de un total de 21 051 casos de cáncer en mujeres. Según publicaciones del año 2001, por el Centro de Investigación del INEN; el intervalo de mayor incidencia de casos de ca de mama se da entre los 30 a 64 años representando un 80.9% del total de casos; en cuanto a la distribución geográfica, Lima es el departamento que registra mayores casos 56.98%; los estadios que prevalecen son los avanzados, tumores en estadios III y IV representando 60.3%.

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 atípia, 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 ⁹.

Más del 70% de las muertes por cáncer registradas en el 2005 se produjeron en países de bajo y mediano ingreso. De acuerdo con datos de la OMS, alrededor del 75% de los casos de cáncer provienen de países con ingresos limitados que no cuentan con la preparación necesaria para combatir y detener la enfermedad. En el caso de América Latina, los tipos de cáncer más comunes son los que se pueden prevenir, como por ejemplo los que se derivan del tabaco, los de mama y los de colon.

Es importante resaltar, que dentro de las neoplasias más comunes se encuentran las de la mama femenina, las del cuello uterino, órganos accesibles que debido a su naturaleza permiten la detección precoz; por lo cual 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.

La prioridad de la estrategia es evitar que aumente la cantidad de casos de cáncer en Asia y Latinoamérica¹⁰. En el Instituto Nacional de Cancerología, la mayoría de las pacientes (80-85%) llegan a consulta en estadios avanzados de la enfermedad, lo que determina un alto costo en cuanto a pérdidas humanas y económicas, por lo que se destacó la importancia de la detección temprana.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Al igual que otras industrias en la sociedad, la consagrada a la atención de la salud ha sufrido numerosas transformaciones en los últimos decenios. Los cambios en el sistema de salud hacen inevitables las innovaciones en el ámbito de la enfermería que, como una profesión para el cuidado de la salud y como parte fundamental de dicho sistema, ha sido y continuará siendo una fuerza importante para delinear el futuro de la atención de la salud¹¹. Por ende contemplar estos tópicos en la formación del enfermero en el país es muy importante y trascendental, especialmente en nuestra casa de estudios la U.N.M.S.M., ya que permite tener experiencia de aprendizaje, que vincula al futuro enfermero con la realidad del país a través del trabajo en poblaciones y/o comunidades de diferentes estratos socioeconómicos: urbano, urbano–marginal y rural a los cuales debe dirigirse con acciones preventivo-promocionales que contribuyan a disminuir la incidencia y prevalencia de la problemática del cáncer, y en particular al cáncer de mama en la población femenina, observándose que existen factores modificables y no modificables que influyen en dicha enfermedad, pudiendo vulnerarse alguno de estos factores que pudieran ser susceptibles para obtener resultados favorables.

Asimismo la estadística indica el aumento de la incidencia global del cáncer de mama en nuestra población; entonces para reducir estos índices es necesaria la detección temprana de los tumores¹² y la identificación de los factores de riesgo predisponentes. Por ello es importante que la práctica de la enfermería en la comunidad se ocupe del cuidado general e integral de la comunidad como un todo, con énfasis en la prevención y promoción¹³, en los servicios clínicos asistenciales, en especial los de atención primaria.

Por otro lado, el profesional de enfermería debe tener un papel más activo, convirtiéndose en “modelos” y conductoras para el desarrollo de hábitos saludables entre la población a través de acciones educativas¹⁴. Así, el presente estudio de investigación permite plantear una serie de interrogantes respecto al cáncer de mama y sus medidas preventivas a las usuarias del Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín: ¿Qué saben las mujeres acerca del cáncer de mamá?, ¿Qué conocimientos tienen acerca de cómo se origina y como puede prevenirse?, ¿Conocen los métodos para detección temprana de posibles problemas acerca del cáncer de mama?, ¿Cuáles son los factores de riesgo a las que pueden estar expuestas?, ¿Qué conocen sobre el autexamen de mamas, examen médico y la mamografía?.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La red de preguntas antes formulada, permite precisar el problema a investigar, planteándolo de la siguiente manera: ¿Cuáles son los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas que presentan las mujeres usuarias que acuden al C.M.I. Tablada de Lurín, en el distrito de Villa Maria del Triunfo, 2006?

C. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación se realizará debido a que el cáncer de mama es una de las causas mas importantes de muerte en la mujer a nivel mundial y en nuestro medio no es la excepción, encontrándose las mayores cifras de incidencia en las mujeres que están entre las edades de 30 a 64 años.

En razón de lo anterior, se justifica profundizar y ampliar los estudios de investigación tendientes a determinar y evaluar probables factores de riesgo del cáncer mamario y conocimientos sobre medidas preventivas. Se ha determinado en cuanto a la detección precoz, cuando el tumor no esta extendido no ha evolucionado, hace que el porcentaje de curación se eleve casi al 90%¹⁵. Frente a esta neoplasia maligna, el profesional de Enfermería, como parte del equipo de salud tiene responsabilidad en el descubrimiento precoz de esta patología, mediante el cumplimiento de sus funciones preventivo–promocionales. Por lo tanto es importante que la enfermera promueva estilos de vida saludable que favorezcan a la disminución de incidencia a desarrollar cáncer de mama.

D. OBJETIVOS

General

Determinar los factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas del cáncer de mama en usuarias del C.M.I. Tablada de Lurín en el distrito de Villa Maria del Triunfo – 2006.

Específicos

Identificar los factores de riesgo no modificable y modificable del cáncer de mama en usuarias del C.M.I. Tablada de Lurín en el distrito de Villa Maria del Triunfo – 2006.

Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de mama en usuarias del C.M.I. Tablada de Lurín en el distrito de Villa Maria del Triunfo – 2006.

E. PROPÓSITO

Los resultados obtenidos en la investigación, permitirán tener un marco referencial para desarrollar un programa sobre medidas preventivo promocionales, que contribuyan a disminuir factores de riesgo de cáncer de mama, así como contribuir al auto cuidado físico y emocional de las personas a través de sus propias potencialidades y decisiones que le permitirán seguir con una perspectiva renovada; fortalecer y mantener los conocimientos y hábitos positivos en aquellas mujeres con buenas prácticas saludables y fomentar la cultura del auto cuidado que bien podría ser la diferencia entre la vida y la muerte¹⁶.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES

Enf. Hernández, Alvarado, Sánchez. Investigaron sobre **Beneficios Percibidos por la mujer y la práctica de la autoexploración mamaria. Monterrey – México (2001)**. Cuyo objetivo fue: Determinar la relación que existe entre los beneficios percibidos por la mujer sobre la detección del cáncer de mama y la práctica de autoexploración mamaria. Investigación descriptivo- correlacional de corte transversal en una muestra de 155 mujeres de 25 a 44 años, de estrato socioeconómico bajo. Se utilizó dos instrumentos, el primero “Autoexploración de mamas” (AEM), validado mediante Alpha de Cronbach. El segundo de “Beneficios Percibidos” (BEPE), se dividió en dos secciones: El ‘A’ se aplicó a mujeres que se realizan la autoexploración mamaria, y la parte ‘B’ a mujeres que no practican dicha exploración. Obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.95. En el análisis estadístico inferencial se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer el comportamiento de la muestra. Siendo los Resultados que: 36.8 por ciento de los sujetos estudiados tienen una edad entre los 25 – 30 años; el 84.5 tienen escolaridad básica, son casadas y amas de casa. Los pasos de la

autoexploración que las mujeres realizan siempre son presionar el pezón, observarse y tocarse las mamas un 22.6%, 18.7 y 20% respectivamente. 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 por ciento sentirse tranquila y satisfecha. Se concluye 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. Esta investigación contribuyó en el análisis de parte de la variable en estudio y los aspectos a contemplar en ella.

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

Lic. Jorge Nachez Martínez, y col. Desarrollaron la investigación **Educación Continua y Práctica de Enfermería en el Programa Detección Oportuna de Cáncer de Mama. Chile (2004)**. Se plantearon el siguiente objetivo: Determinar si las técnicas de enseñanza influyen en la práctica de detección oportuna de cáncer de glándula mamaria. Se seleccionaron aleatoriamente los sujetos que integrarían cada uno de los dos grupos (experimental y control), iniciándose el proceso educación continua. En el grupo control se usó el método tradicional (expositiva-informativa) y al grupo experimental se usó técnicas participativas (discusión dirigida, lluvia de ideas, sociodrama y demostraciones de la técnica). Se evaluó nivel de conocimientos con una escala de cero a catorce, observándose en el grupo control una media de 7.8 con una D.E. de 1.6 en la evaluación inicial y una media de 9.6 con una D.E. de 1.4 en la evaluación final. En el grupo experimental la evaluación inicial presentó una media de 8.6 con una D.E. de 1.8 y una evaluación final con una media de 10.2 con una D.E. de 1.2. Mediante prueba "t" se observó significancia estadística en la diferencia de medias antes y después en cada uno de los grupos (control $p=0.017$ y experimental $p=0.007$) siendo de mayor significancia en el grupo experimental. Concluyendo 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. Esta investigación contribuyo a la presente en afinar el marco teórico.

Shigyo, Del Alcázar, Portugal, Campana, en su investigación **Factores asociados en el cáncer de mama. Hospital Nacional Guillermo Almenara en Lima, Perú, 1941-1990**. Revisaron historias clínicas de 308 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 personal ni familiar. También se encontró promedios de edades más bajos para el 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, Alarcón; en su **Estudio Piloto sobre Actitudes Preventivas para Cáncer de Mama en mujeres de Sullana. Piura – Perú (2002)**. Con el objetivo de: Conocer las conductas preventivas para el cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en la Ciudad de Sullana mediante técnicas de auto examen de mama y mamografías. Encuestaron a 100 mujeres en Sullana mediante randomización de tres grupos socioeconómicos a través de una encuesta y los resultados se analizaron en Epi-Info mediante bioestadística básica descriptiva. Los Resultados fueron: La mediana de la edad fue de 30-34 años, 58% tiene entre 2-5 hijos, 6% son nulípara, el 16% de mujeres mayores de 40 años alguna vez tuvo una mamografía y solo el 7% de estas mujeres se realizan una mamografía anual. El 57% nunca se realizó un auto examen de mama, sin embargo el 56% refiere conocer la utilidad del auto examen de mama, 43% conocen la técnica pero solo un 8% lo practican correctamente. Llegaron a la conclusión que más de la mitad de la población encuestada nunca se realizó un auto examen de mama, y del 56% de mujeres que afirman conocer la utilidad de este examen solo el 8% lo realiza correctamente, lo que nos indica una desinformación para detección temprana de cáncer de mama, además solo un 7% se realiza una mamografía anual probablemente por desconocimiento de la utilidad, por el costo o por que en Sullana no hay mamógrafo a pesar de tener 56500 mujeres en edad fértil, creemos que urgen campañas de información sobre el tema además de ofertar mamografías a esta población. Esta investigación orientó a la presente en el manejo metodológico y tratamiento de datos a seguir.

F 2. BASES TEORICAS

GENERALIDADES DEL CANCER DE MAMA

El cáncer del seno, un cáncer común en las mujeres, 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 llamadas lóbulos, los cuales a su vez se dividen en secciones más pequeñas llamadas lobulillos. Los lóbulos y lobulillos se conectan por tubos delgados llamados conductos. El cáncer intraductal, el tipo de cáncer más común del seno, se encuentra en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o lobulillos se llama cáncer lobular. El cáncer lobular es el tipo de cáncer que con más frecuencia afecta a los dos senos. El cáncer inflamatorio del seno es un tipo de cáncer poco común. En esta enfermedad, el seno se observa cálido, enrojecido e hinchado.

En el caso del cáncer de mama lo más habitual es que la mujer de edad comprendida entre los 50 y los 55 años descubra por si misma un bulto mamario, no doloroso, de un tamaño que nos referirá como el de una aceituna, nuez, etc., de consistencia firme, de bordes imprecisos, y que en ocasiones retrae la piel ó el pezón. Pasados seis meses, el nódulo ha duplicado su tamaño y frecuentemente está ya adherido a la piel. Transcurrido un año, puede aparecer un ganglio linfático axilar, grande, duro, a veces doloroso, que dificulta el movimiento del brazo. Al mismo tiempo, el nódulo primitivo habrá condicionado un edema de la piel adyacente (piel de naranja) y estará adherido en profundidad a la pared torácica. Al cabo de varios meses, la mama se ulcera, se forma un mazacote adenopático axilar y frecuentemente aparecen signos demostrativos de metástasis a distancia, como tos y disnea por afectación broncopulmonar o bien dolores óseos, de preferencia en la columna vertebral. 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 tóxica

paraneoplásica, caquexia, pérdida de actividad física, narcosis y un progresivo estado de derrumbamiento global con propensión a todo tipo de infecciones, de 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.

Los recientes conocimientos sobre biología tumoral y cinética celular, permiten afirmar que el cáncer de mama no es una enfermedad localizada, sino una enfermedad sistémica ya desde su inicio. En efecto esto no es sorprendente si consideramos que un nódulo mamario de 1 cm. de diámetro, ha experimentado ya treinta duplicaciones celulares y que, alcanzadas las cuarenta duplicaciones, sobreviene la muerte del paciente irremisiblemente¹⁷. Quizás la mayor preocupación para las mujeres sea su temor de desarrollo de un cáncer de la mama, que es el cáncer mas común en las mujeres, siendo la principal causa de muerte entre mujeres entre 40 y 44 años, observándose actualmente una tendencia hacia grupos etáreos cada vez mas joven¹⁸.

SALUD PÚBLICA

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria (esfuerzos organizados de la sociedad).

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es la asistencia sanitaria, esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables. Como conjunto de actividades la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control.

“La atención primaria de salud hay que entenderla como una forma de cómo conducir el cuidado integral de salud, y no como un programa de tercera clase,

muy elemental muy primitivo, hecho para las zonas periféricas y para los pobres. La Atención Primaria de la Salud es un concepto que debe estar presente desde el instituto más especializado en salud hasta el nivel más periférico del cuidado integral de la salud, que no solo es el puesto de salud sino la familia, la escuela, el centro de trabajo”¹⁹.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, constituyendo un proceso político global social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

DETERMINANTES DE LA SALUD

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

- Ambiente socioeconómico.- El ingreso, el empleo, la posición social, las redes de apoyo social, la educación y los factores sociales en el lugar de trabajo.
- Entorno físico.- Las condiciones de lugar de trabajo, la vivienda y el entorno general natural y construido por el ser humano.

- Hábitos personales de salud.- comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
- Capacidad individual y aptitudes de adaptación.- Características psicológicas de las personas tales como competencia personal, aptitudes de adaptación y sentido de dominio y control, al igual que las características genéticas y biológicas.
- Servicios de salud.- Servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD

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.

La prevención primaria esta dirigida a evitar la aparición de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardarla enfermedad ya presente y sus establecimientos de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

La prevención d la enfermedad se utiliza a veces como termino complementario del a promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emanan del sector sanitario, y que considera a los individuos y alas poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.



Fuente: Beaglehole R., Bonita R., Kjellström. *Epidemiología Básica*. OPS, 1994; Geoffrey Rose: 'Sick Individuals and Sick Populations'. *International Journal of Epidemiology* 1985, 14:32-38.

“La prevención en salud pública disminuye la incidencia o la prevalencia de una enfermedad por ende sus objetivos están muy relacionados con los problemas de salud y son esencialmente correctivo. La prevención alude a la reducción de factores de riesgo o protección contra los agentes agresivos. Es una estrategia de carácter reactiva y defensiva”²⁰.

Todavía no hay un consenso, no hay una homogeneidad de o que es la promoción de la salud, todavía se le confunde con la prevención clásica de la escuela preventista. En la promoción de la salud el eje esta en las condiciones sociales²¹.

FACTORES 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. Contrariamente, hay factores que confieren al organismo la capacidad de protegerse contra la adquisición de determinada enfermedad, y son llamados

factores de protección. La interacción entre los factores de riesgo y de protección a que las personas están sometidas puede resultar, o no, en la reducción de la probabilidad de que enfermen.

Como factores de riesgo en general se conocen 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 tales como fumar, tomar alcohol y la alimentación. Algunos factores tienen más influencia sobre el riesgo que otros y el riesgo de cáncer de seno cambia con el transcurso del tiempo debido a factores como el envejecimiento o el estilo de vida.

Factores de riesgo no modificables

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 edad²², esta incidencia se incrementa de manera sostenida con el paso de la edad.

Raza – Las mujeres blancas, incluidas las latinoamericanas, tienen un riesgo mayor que las mujeres negras o asiáticas de desarrollar cáncer de mama.

Género- El hecho de ser mujer es el factor de riesgo más importante. Menos de un uno por ciento de los casos de cáncer de mama ocurren en los hombres.

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.

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 contralateral²³. También se ha relacionado los antecedentes de carcinoma endometrial, carcinoma ovárico o cáncer de colon con aumento del riesgo de cáncer de mama²⁴; o un carcinoma lobular o ductal in situ (dos tipos de tumor maligno que aparecen en los lóbulos o

en los conductos galactóforos de los senos, o conductos mamarios). Otro posible factor de riesgo es una hiperplasia benigna, una especie de tumor no maligno, que altera el tejido del seno.

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, el riesgo se incrementa 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.

Enfermedades previas de la mama- Existe una extensa literatura en la cual se pone en manifiesto una relación entre el cáncer de mama y las mastopatias crónicas. En ese sentido 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 proliferativas epiteliales, del tipo de la hiperplasia atípica lobulillar. La mastopatía sería una afección premaligna que o predispone al cambio neoplásico, o es de por sí una manifestación temprana del cambio maligno. Otros autores piensan que tanto la enfermedad benigna como la maligna, estarían regidas por el mismo patrón hormonal. Haber tenido una enfermedad mamaria benigna parece incrementar el riesgo sólo en aquellas mujeres que tienen un elevado número de conductos mamarios incluso en estos casos, el riesgo es moderado a menos que se encuentre tejido anormal (hiperplasia atípica) durante una biopsia o exista o una historia familiar de cáncer de mama.

Menarquia temprana/ Menopausia tardía - Cuanto mas prolongada la fase reproductiva de una mujer, mayor su riesgo de sufrir cáncer mamario²⁶. Por lo

tanto, la edad mediana en el momento de la menarquia es mas baja en las mujeres que desarrollan cáncer mamario²⁷, y la menopausia natural o artificial temprana las protege contra el desarrollo de este cáncer²⁸. Las mujeres que tuvieron su primera menstruación antes de los 12 años o a quienes les llegó la menopausia después de los 50 se encuentran entre las mujeres que presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad. Es decir los factores de riesgo, son: inicio temprano del ciclo menstrual (antes de los 12años), menopausia tardía (después de los 50 años).

Factores de riesgo susceptibles de modificación

Número de Embarazo y tiempo de Lactancia – Las mujeres que tienen un bebé antes de los 30 años, aquellas que 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 jóvenes²⁹.

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 entre ellas desproporcionadamente en la mama izquierda³⁰.

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. Mas de 20 de estos estudios fueron revisados por el Dr. Joel Brind, que en 1996

publico una revisión de estos hechos en la revista Journal Of. Epidemiology and Community Health, donde existían alrededor de 18 estudios que postulaban una asociación. Sin embargo, en el mismo artículo mencionaba que existía alrededor de cinco estudios que no mostraban ninguna relación. Como el número de estudios no es lo mas importante, sino la calidad de los mismos y el numero de pacientes que intervinieron, la comunidad medica nunca tomo una posición definida al respecto, especialmente por que el aborto es un tema bastante controversial.(Dr. Luís E. Raez, profesor Asistente de 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.)

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 orales³¹.

En un estudio amplio se demostró que no existe mayor riesgo de cáncer de mama entre las mujeres que consumen anticonceptivos orales (Cáncer and Steroid Hormone Study, 1986). Asimismo, el riesgo no varió según el preparado o la duración del uso. Si bien un estudio realizado en Nueva Zelanda (Paúl y col., 1986) confirmo estos hallazgos, un estudio sueco (Meirik y col., 1986) sugirió un aumento leve del riesgo del cáncer de mama entre las mujeres que consumieron anticonceptivos orales durante 12 o mas años .Gabrick y col. (2000) refirieron un mayor riesgo en mujeres con antecedentes familiares contundentes, pero este se observo con los preparados mas antiguos con altas dosis de estrógeno. El Grupo Corporativo sobre Factores Hormonales en el Cáncer de Mama (1996) estudio mas de 53000 mujeres con cáncer de mama, encontraron un riesgo relativo leve

pero significativamente aumentado cuando consumían anticonceptivos orales combinados o en los 10 años posteriores a su suspensión. Aun no han realizado estudios a largo plazo de los nuevos anticonceptivos orales que contienen dosis bajas. Sperof (2000) realizó una revisión minuciosa basada en la evidencia de 54 estudios epidemiológicos en los que se abordó este problema. Concluyó que no existió evidencia de que los anticonceptivos orales, incluso aquellos con dosis elevadas de estrógeno o progesterona, aumentarían el riesgo de cáncer de mama, incluso con el consumo prolongado.

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 un meta análisis se sugiere que la administración posmenopáusicas de estrógenos es un factor de riesgo³². Se acepta en la actualidad que, durante la vida posmenopáusica, deben administrarse estrógenos a una dosis relativamente 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.

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

prolactina hipofisiaria, con lo que aumenta la producción de estrógenos. Las mujeres obesas diagnosticadas por cáncer mamario tienen una mayor tasa de mortalidad, lo que puede estar relacionado con estas influencias hormonales o con retraso del diagnóstico. Las mujeres que se encuentran obesas al momento del diagnóstico tienen una enfermedad más agresiva con una prognosis más pobre (Cleary, 2002; Cromie, S.f.). A pesar de no tener ninguna constatación científica definitiva, muchos investigadores indican que seguir una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras, así como practicar ejercicio físico de forma regular pueden ayudar a prevenir la aparición de cáncer de mama.

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

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

Factores 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. Ingestión inmoderada de alcohol que es discutible. Como factor de riesgo, el alcohol aún es motivo de controversia; sin embargo se detecta un riesgo ligeramente mayor en mujeres que toman incluso una copa (entre 10n a 15 gramos de OH) al día. El riesgo se duplica entre mujeres que beben tres copas al día. En países donde se toma vino a diario (p.ej., Francia, Italia), la tasa es ligeramente mayor. Algunos hallazgos en las investigaciones sugieren que las mujeres jóvenes que beben alcohol son más vulnerables en etapas posteriores³³.

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 cigarrillo³⁴.

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

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

Exposición a Radiaciones: Las radiaciones ionizantes, sean diagnósticas, terapéuticas o accidentales, pueden tener igualmente un efecto nocivo y favorecer el cáncer mamario, pues esta glándula es uno de los órganos más radiosensibles. Este riesgo se relaciona con la edad de ocurrencia, siendo máxima antes de los 20 años y decreciendo con el paso de los años. Esta patología, conjuntamente con otros cánceres han sido presentadas en mayor cantidad en Hiroshima y Nagasaki después de una exposición superior a los 90rads.

EL CONOCIMIENTO

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

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorarla alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La educación para la salud incluye no sólo la información relativas alas condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también en la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso de sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

ALFABETIZACION PARA LA SALUD

La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información sanitaria y utilizarla con eficacia, para promover y mantener una buena salud. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su

desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la misma.

CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER MAMARIO

En la actualidad lo único que ha demostrado resultados efectivos en la prevención del cáncer mamario es un diagnóstico oportuno que permita efectuar un tratamiento adecuado en un estado precoz de la enfermedad. Los avances en las imágenes mamarias se han desarrollado de tal manera que han pasado a ser la clave, junto al examen clínico de un especialista y la autopalpación, para detectar este cáncer en su etapa inicial. El hacer todas estas cosas le da la mejor probabilidad de detectar el cáncer lo más temprano posible. La detección temprana del cáncer de seno hace que el tratamiento sea mucho más fácil y efectivo. Más de 90 de cada 100 mujeres a las cuales se les detecta el cáncer de seno a tiempo serán curadas. Por todo ello es de suma importancia que la mujer tenga y maneje adecuadamente los conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama, ya que estos le permitirán identificar anomalías, signos de alarma etc. y estarán presentes en todo momento para guiar sus acciones tales como el autoexamen de mamas, las consultas con el especialista y las mamografías.

LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA COMO MEDIDA PREVENTIVA

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.

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; o
- Un cambio en el color o la sensibilidad de la piel de la mama, areola, o una retracción del pezón.

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

EL EXAMEN CLINICO COMO MEDIDA PREVENTIVA

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:

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. El líquido claro que se obtiene de un quiste no es necesario que sea examinado en el laboratorio.

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 COMO MEDIDA PREVENTIVA

Es una radiografía especial de la mama, técnica para obtener imágenes de las mamas que permite detectar lesiones no palpables y asistir en el diagnóstico de masas palpables. Cuando se realiza una mamografía en una mujer que no presenta ningún síntoma de cáncer de mama, se dice que estamos haciendo un cribaje. Aunque la mamografía no puede detectar todos los cánceres de mama, actualmente es la mejor herramienta de detección precoz de que disponemos. Los estudios llevados a cabo demuestran que la realización de mamografías regularmente (no sólo una vez) salva vidas en mujeres de 50 años o más. Entre los expertos hay discrepancias sobre la regularidad de la práctica de mamografías en mujeres menores de 50 años. Es importante que cada mujer lo hable con su médico y juntos decidan lo que es mejor para ella.

En la mamografía, se utiliza un nivel muy bajo de radiación. Generalmente se realizan dos radiografías de cada mama, una de lado y otra desde arriba. La mama

tiene que ser apretada entre dos placas para que la imagen sea clara. Esto resulta un poco incómodo pero 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 palparse. 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), pueden ser un signo precoz de cáncer. La mamografía tiene que ser realizada únicamente por personal médico especializado utilizando la maquinaria correcta diseñada para obtener radiografías de la mama. Un médico especializado, llamado radiólogo, debe interpretar la mamografía. Para las mujeres, la exploración de la mama por parte del médico (llamado exploración clínica de la mama) generalmente forma parte del chequeo médico periódico. Sin embargo, hay que recordar que a partir de los 50 años la exploración mamaria en la mujer no sustituye a la práctica regular de la mamografía.

EL ENFERMERO EN LA DETECCION TEMPRANA DEL CANCER 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 enfermería que labora en el área hospitalario y comunitario tiene la posibilidad de fomentar y promover prácticas saludables mediante la participación en actividades de educación sanitaria, campañas, conserjería, y otros que permitan incrementar el desarrollo personal y el empoderamiento de la salud.

Las estrategias preventivas destinadas a reducir la exposición a los factores de riesgo del cáncer como por ejemplo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con su comité de expertos mostró su preocupación por lo que consideran

una epidemia y actualmente desarrollan una estrategia mundial para combatir el cáncer. Esta iniciativa busca disminuir los casos de cáncer evitables por medio de la reducción de factores de riesgo como las dietas poco sanas, el consumo de tabaco o alcohol, el sedentarismo y la exposición a agentes infecciosos.

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

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

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

G . DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Cáncer: 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.

Cáncer de mama: Neoplasia en la cual las células alteradas proliferan hasta conformar el tumor, en forma de nódulo o masa, el cual puede ser palpable; puede derivarse de los diferentes tejidos o elementos que constituyen la anatomía de la glándula mamaria (mama o seno).

Riesgo: Es la probabilidad de aparición de un acontecimiento, deseado o no deseado.

Factor de riesgo: Es cualquier aspecto detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada a la probabilidad de padecer un proceso mórbido, varios factores de riesgo juntos pueden tener un efecto multiplicador.

Conocimiento: Acción y efecto de conocer (Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas). Entendimiento, inteligencia, razón natural. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas.

Mujeres usuarias: Mujeres que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín por demanda de atención del mismo, que comprenden entre las edades de 30 a 64 años.

VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de investigación independientes son las siguientes: (Ver anexo A)

V 1 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, que consiste en la identificación de factores de riesgo como la edad, raza, historia personal, historia familiar, menarquia temprana, menopausia tardía, paridad, tiempo de lactancia, historia de aborto, uso de anticonceptivos orales, uso terapia hormonal sustitutiva, obesidad, consumo de alcohol, consumo de tabaco y situaciones de estrés; la cual será medido mediante un instrumento y expresado en valor final como presencia de factores de riesgo.

V2 Conocimientos sobre 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, que consiste en identificar conocimientos sobre cáncer de mama, detección temprana, autoexamen de mamas, examen médico periódico, mamografía, la cual será medido mediante un instrumento y expresado en valor final como nivel de conocimiento alto, medio y bajo.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según análisis y alcance de los resultados, la investigación es: Descriptiva; según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información retrospectiva; según el período y secuencia del estudio es: Transversal.

B. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud “Materno Infantil Tablada de Lurín”, siendo este una MICRORED en el distrito de Villa Maria del Triunfo perteneciente a la DISA SUR. Teniendo dos puestos de salud: Santa Rosa de Conchitas y David Guerrero. El C.S. M.I.T.L. tiene una población de 24, 700 habitantes de estos 13, 125 son del género femenino y de éstas 6 834 son mayores de 30 años, distribuidos en un área de predominio urbano marginal. El establecimiento de II nivel de atención, orientada principalmente a la promoción y prevención de la salud, cuenta con estrategias (ENSCTB, ESNI), programas (CRED), medicina general, odontología, psicología y el servicio de obstetricia. También cuenta con un área de Emergencia, Sala de partos y Puerperio. En cuanto al personal de salud que labora la distribución es sumamente desigual, ya que el establecimiento cuenta con un solo profesional de Enfermería a diferencia de otros servicios, la cual no solo brinda servicio administrativos sino también asistencial. En relación a las actividades preventivas-promocionales sobre la salud de la mujer es realizado por: El servicio de Obstetricia, Medicina en sus respectivos consultorios brindando conserjerías examen físico, entre otros; en la participación multidisciplinaria del equipo

profesional de salud. Se observa también a las estudiantes e internas de Enfermería de la U.N.M.S.M. en la participación de actividades educativas, visitas domiciliarias, campañas dirigidas a la salud de la mujer.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. POBLACIÓN

El universo esta conformada por mujeres que demandan atención en el Centro de Salud “Materno Infantil Tablada de Lurín”. El promedio mensual de mujeres atendidas entre 20 a 64 años de edad es 600 de las cuales hay un promedio de 254 comprendidas entre los 30 a 64 años, constituyendo esta la población a investigar.

2. MUESTRA

Para fines de la investigación se tomó una muestra representativa tomando estadísticamente el 30% de la población, como lo menciona Pineda, Alvarado, de Canales en su libro “Metodología de la investigación”, indicando para una población homogénea “lo importante no es la proporción que la muestra representa del total del universo, sino el tamaño absoluto de la muestra” quedando entonces una muestra constituida por 76 mujeres entre 30 a 64 años; las unidades muestrales se seleccionaran mediante muestreo no probabilística por conveniencia (todas las que lleguen a demandar atención en el periodo de recojo de datos, hasta completar el tamaño de la muestra).

Teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres que demandan atención en el C.M.I.T.L. comprendidas entre los 30 a 64 años de edad.
- Usuaris que aceptaron participar en el estudio.

Y los siguientes factores de exclusión:

- Mujeres usuarias mastectomizadas, con Dx. De cáncer de mama o recibiendo tratamiento párale mismo.
- Usuaris con alteraciones genéticas como Síndrome de Daw o Tharner.
- Usuaris con problemas para comunicarse.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta; el método directo, ya que se interrogaron a las mujeres que acudieron al Centro de Salud, en el cual se aplicaron dos instrumentos (Ver anexo B), uno de ellos hace referencia a los factores del riesgo y el otro sobre conocimientos de prevención del cáncer de mama, ambos cuestionarios conforman en su totalidad preguntas cerradas, la cual consta de: Presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos propias de la investigación.

E. PROCESAMIENTO DE DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para proceder a la recolección de datos, mediante la aplicación del instrumento, en primer lugar se tuvo que coordinar con anticipación con el Director y la Jefa Enfermera del Centro de Salud “Materno Infantil Tablada de Lurin”, el Sr. Francisco Vallenias Pedemonte y la Sra. Carmen de los Santos respectivamente.

Posteriormente se hizo el reconocimiento del área de estudio, se elaboró y validó los instrumentos (Ver anexo C), tomando en cuenta las sugerencias y observaciones emitidas por los jueces expertos; con la finalidad de obtener el grado de confiabilidad del instrumento se aplicó la fórmula de Kuder Richardson (Kr-20) (Ver anexo D). Probada la validez y confiabilidad del instrumento, se procedió a la recolección de datos con la muestra determinada, luego los datos obtenidos fueron analizados en los paquetes estadísticos Epi Info 2005 versión 3.3.2., SPSS 11.0 y el programa Microsoft Excel 2003.

De estos se obtuvo la estadística descriptiva: frecuencias, la normalidad de la muestra (con la Prueba no Paramétrica de Kolmogorov – Smirnov) (Ver anexo E), gráficos, media aritmética, mediana entre otros. Se aplicó la fórmula de Stanones para la obtención de los intervalos (Ver anexo F). Cabe aclarar que estas fórmulas fueron aplicadas para ambos instrumentos.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según el proceso continuo de la investigación realizada, luego de haber aplicado los instrumentos y recolectado los datos en estudio a las mujeres que demandaron servicios al C.M.I.T.L., y aceptaron participar del presente estudio tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; los datos fueron procesados mediante la realización de tablas matrices para su respectivo análisis; se procedió a presentarlos en cuadros y gráficos estadísticos, de tal modo que la información sea susceptible de interpretación en concordancia con los objetivos de estudio, utilizando la base teórica para la sustentación de los hallazgos.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

En relación a las características generales de la muestra, estuvo conformada por 76 mujeres que demandaron los servicios de salud en el tiempo de recolección de los datos, las edades oscilaron entre 30 años la edad mínima y 64 años la edad máxima (con un promedio de 43.0 años, una desviación estándar de 8.8 y una mediana de 42.0), se ha tomado este grupo etáreo que comprende al adulto y al adulto maduro, en las cuales se registran las mayores incidencias, según el Centro de investigaciones del INEN.

El intervalo de las edades (Ver anexo G) de la muestra se realizó mediante la formula de Sturges, en donde mayor numero de mujeres están comprendidas entre 42 a 47 años de edad con 23 (30.3%) y el grupo menor entre 60 a 64 años con 5 mujeres (6.6%). Siendo la edad uno de los factores de riesgo que tiene relación directa con el tiempo, es decir a mayor edad mayor riesgo; el factor se asocia a

edades superiores a los 50 años, entonces; del total de mujeres en estudio, 17 (22.4%) se encuentra en edad superior a los 50 años, lo cual indica un factor de riesgo elevado en comparación al grupo restante 59 (77.6%).

En cuanto a la procedencia (Ver anexo H) el 46% (35) es de la costa, el 47% (36) sierra y un 7% (5) de la selva.

En relación al grado de instrucción (Ver anexo I) el 37% (28) posee secundaria completa, el 21% (16) secundaria incompleta y el 18% (14) de superior técnico entre otros. Sobre la actividad laboral (Ver anexo J) que desempeñan, el 60% (46) están registradas como amas de casa, el 37% (28) trabajo esporádico inestable y el 3% (2) trabajo estable no especializado.

La raza (Ver anexo K) es un factor de riesgo leve, en la cual las mujeres blancas tienen mayor riesgo que las negras, en el presente estudio, el 48(63.1%) como raza indoamericana considerada como una raza de bajo riesgo; seguido por la raza blanca 17 (22.4%) y menor número la raza negra con 11(14.5%). Por lo cual se deduce que en la muestra en estudio la raza no es un factor de riesgo importante, considerando también la que en nuestro existe diversidad de razas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN SOBRE LA PRIMERA VARIABLE EN ESTUDIO: FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

TABLA N° 1
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN EDAD DE LA MENARQUIA, EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T. 2006

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 12 años	15	19.7
Mayor de 12 años	61	80.3
Total	76	100

La edad de la menarquia es un factor de riesgo cuando se inicia antes de los 12 años, ya que probablemente el periodo de los ciclos menstruales aumentaría, es decir, mientras más antes se inicie mayor es el riesgo. Cuanto mas joven es la mujer al comenzar a menstruar, mayor es el riesgo posterior a contraer una neoplasia mamaria maligna³⁵. El riesgo disminuye alrededor del 10% por cada periodo de 2 años en que se retarda la menarquia³⁶. En el presente estudio la edad mínima en presentarse la menarquia fue a los 9 años y la máxima a los 18 años. De la tabla se puede observar que la mayoría de mujeres presentó el inicio de su menarquia después de los 12 años de edad, representando un 80% (61) del total de la muestra en estudio. Por lo que se puede deducir que no existe riesgo para la mayoría de mujeres. El promedio de la presentación de la menarquia es 13.05, con una desviación estándar de 1.74 y una mediana de 13.0.

TABLA N° 2
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN NÚMERO
DE HIJOS EN EL C.M.I.T.L. DEL
DISTRITO DE V.M.T.
2006

N° de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	3	3.9
Menores de 4	62	81.6
Mayores de 4	11	14.5
Total	76	100

El embarazo es una situación biológica importante, ya que actuaría como factor protector con un aumento temprano de la hormona gonadotropina coriónica humana (SHBG) y descenso de la prolactina. El riesgo es mayor en nulíparas que en mujeres con multiparidad; el riesgo de la nulípara equivaldría a la de una mujer con su primera paridad a los 30 años.

El parto ejerce un rol protector frente al cáncer de mama dado que la incidencia disminuye a la mitad en las mujeres cuatro o más hijos. En la tabla N° 2 se observa que el mayor número de hijos es de 1 a 4 (81.6%) y si comparamos las mujeres que probablemente tendrían un factor protector asociado al mayor número de hijos, es decir por encima de 4, representarían un 14.5%. Por lo tanto el mayor riesgo lo presentan las 3 mujeres nulíparas (3.9%). El promedio de número de hijos es 2.8 con una desviación estándar 1.7 y una media de 2.

TABLA N° 3
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN EDAD DE
EMBARAZO A TÉRMINO, EN EL C.M.I.T.L.
DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

Embarazo a termino	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 30 años	63	85.1
Mayores de 30 años	11	14.9
Total	74	100

La ocurrencia del primer embarazo a término es uno de los factores de riesgo más importantes, tiene mucha relación con la edad de la madre, el riesgo aumenta cuando el primer embarazo a termino ocurre por encima de los 30 años, a partir de los 35 años aumenta al triple el riesgo de cáncer de mama. Cuanto mas joven es la mujer al tener su primer hijo, el riesgo relativo es menor y el riesgo aumenta a medida que aumenta la edad en la primera paridad. De estos estudios se desprende que el efecto protector esta vinculado al nacimiento del primer hijo. Por ejemplo el embarazo precoz (antes de los 20 años) juega un rol protector.

Según la tabla N° 3 las mujeres que han tenido su primer hijo después de los 30 años representa un 14.9% (11), siendo este grupo minoritario el que tienen mayor riesgo. La edad mínima de paridad es de 15 años y la máxima es de 41 años. Si tomamos en cuenta el factor protector en el grupo de estudio según embarazo precoz, tenemos 15 mujeres en este grupo. El promedio de la edad del primer embarazo a término es de 25.05, con una desviación estándar de 5.75 y una mediana de 25.0.

TABLA N° 4
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN TIEMPO
DE LACTANCIA, EN EL C.M.I.T.L.
DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

Tiempo de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 6 meses	6	7.9
De 6 a 12 meses	43	56.6
Mayor de 12 meses	27	35.5
Total	76	100.0

La lactancia materna como factor de riesgo para el cáncer de mama es uno de los factores que no se tiene estudios definitivos, sin embargo una lactancia prolongada por mas de 2 años se asocia a una menor incidencia de cáncer de mama, jugando un rol protector al quedar inhibida la función ovárica y libre la glándula mamaria de los cambios cíclicos. Esto es perfectamente concordante con la menor incidencia de cáncer en grupos que suelen criar y tener largos periodos de lactancia. También cabe resaltar la posibilidad que existe al incrementarse el riesgo cuando una mujer no da de lactar al menos una vez, no importando el numero de hijos. De las 76 mujeres que conforma el total de la muestra hay que considerar que dentro del primer intervalo, menor de seis meses esta incluida las dos nuliparas y una que nunca dio de lactar (Tabla N° 5). En relación al tiempo de lactancia esta va desde 1 mes la menor hasta los 36 meses la mayor, con un promedio de 12.2, con una desviación estándar 6.1 y una mediana de 12.0; esta variación del tiempo de lactancia coloca a las mujeres en diferentes niveles de riesgo por lo que hay que considerar otro tipo de distribución: En la que al menos una vez que **no dieron de lactar** como factor de riesgo tenemos a 13 mujeres (17.2%), siendo ellas las que tendrían mayor riesgo que las que **si dieron de lactar** a todos sus hijos (82.8%) completando así el total de la muestra (76 mujeres). Si consideramos como factor protector una lactancia mayor de 24 meses, tenemos a una mujer que dio de lactar 36 meses el resto es menor de 24 meses.

TABLA N° 5
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN EDAD DE LA
MENOPAUSIA, EN EL C.M.I.T.L.
DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

Edad de la menopausia	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 50 años	16	76.2
Mayor de 50 años	5	23.8
Total	21	100

La menopausia tardía, mayores de 50 años de edad aumenta el riesgo de cáncer mamario; pero el mismo puede disminuir en un 50% cuando a ocurrido ooforectomía bilateral antes de los 40 años. Se estima que mujeres con menopausia natural a los 45 años disminuyen el riesgo en a la mitad comparándolas con el grupo que la tiene después de los 55 años. Por cada 5 años de diferencia en la edad de la menopausia el riesgo de cáncer de mama se incrementa en un 17%. En este estudio de las 76 mujeres, 21 han llegado a la menopausia representando el 27.6% del total de mujeres. De estas, como se puede observar (Tabla N° 5), 5(6.6%) mujeres tuvieron su menopausia después de los 50 años lo que las coloca en mayor riesgo a pesar de ser el grupo minoritario. La menor edad en presentarse la menopausia fue de 38 años y la máxima edad 55 años, con un promedio de 47.3, con un desviación estándar de 4.7 y una mediana de 47.0.

TABLA N° 6
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN USO
DE HORMONAS EN EL C.M.I.T.L.
DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

TIPO DE HORMONAS	Menor de 5 años		Mayor de 5 años	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos	17	70.8	0	0
Terapia hormonal de reemplazo	3	12.6	4	16.6
Total	20	83.4	4	16.6

La ingesta o el uso de hormonas es uno de los factores de riesgo modificables que han sido muy estudiados durante muchos años. Se ha afirmado que la administración de estrógenos en mujeres postmenopausicas y la ingestión de anticonceptivos orales es de un riesgo muy pequeño cuando se utilizan entre 5 a 10 años, pero los riesgos se incrementan cuando son mayores de estos ya que el uso prolongado de estrógenos exógenos es un factor de riesgo porque implica cierto grado de estimulo mitógeno excesivo. Del total de la muestra en estudio, solo 24 de ellas afirmo que ha consumido algún tipo de hormonas por un determinado tiempo, representando el 31.6% del total de la muestra en estudio. Siendo necesario describir la siguiente distribución: Del total de la muestra en estudio se encontró el uso de anticonceptivos en 17 (22.4%) mujeres siendo el tiempo de consumo menores a 5 años y el uso de Terapia Hormonal Sustitutiva en 7 mujeres (9.2%) de las cuales 3 de ellas están distribuidas en menos de 5 años y 4 en mayores de 5 años. Por lo que podemos deducir en el presente grupo de estudio que el mayor riesgo lo tienen las 4 mujeres que reciben su THR por mas de 5 años.

TABLA N° 7
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN ANTECEDENTES
PERSONALES DE OTRO TIPO DE CANCER
EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE
V.M.T.
2006

Otro tipo de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer ovárico	1	1.4
Cáncer endometrial	1	1.4
Ningún cáncer	74	97.2
Total	76	100.0

El haber sufrido otro tipo de cáncer previamente como el cáncer endometrial, ovárico y de colon, incrementa el riesgo a desarrollar cáncer de mama en futuro. También el que una mujer haya desarrollado el cáncer de mama unilateral, en el futuro tiene un alto riesgo de desarrollar el cáncer en la otra mama. En los hallazgos del estudio presentados en la tabla N° 7 solo se encontró a dos mujeres que refirieron haber padecido de cáncer, una de ellas endometrial y otra ovárico representando solo el 2,8% del total de la muestra en estudio. Lo cual indica en el total de la muestra en estudio, que los antecedentes personales de haber tenido otro tipo de cáncer no es un factor importante, mas si es un factor con mucha relevancia en aquellas dos mujeres que lo padecieron.

TABLA N° 8
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN ANTECEDENTES
FAMILIARES EN EL C.M.I.T.L. DEL
DISTRITO DE V.M.T.
2006

Antecedentes familiares	Frecuencia	Porcentaje
Abuela	3	16.7
Hermana	7	77.8
Madre	1	5.6
Total	11	100.0

Los antecedentes familiares son factores de riesgo no modificables en las cuales las posibilidades de desarrollar cáncer de mama aumentan si los familiares han sido de primer grado, es decir la hermana, madre o hija. Además se incrementa si la ocurrencia fue antes de la menopausia y si se han presentado en más de una generación (abuela). En los resultados se encuentra que de las 76 mujeres, 11 han referido antecedentes familiares representando el 14.5%, de las cuales el vínculo mayor son hermanas 9.2% del total, abuelas 3.1%, lo cual indica que puede tratarse en más de una generación y por último antecedente en madre 1.3%. En cuanto a la ocurrencia del cáncer si fue antes o después de la menopausia ocurre lo siguiente: 5 de los casos ocurrieron en premenopáusicas, de las cuales 4 son hermanas y 1 abuela; y de las 6 restantes, 3 hermanas, 2 fueron y 1 madre.

TABLA N° 9
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN INDICE DE MASA
CORPORAL EN EL C.M.I.T.L. DEL
DISTRITO DE V.M.T.
2006

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	1	1.3
Normal	30	38.7
Sobrepeso	33	44
Obesidad	12	16
Total	76	100

Se suele utilizar el índice de masa corporal (IMC) para determinar si existe o no un exceso de peso. En el caso del cáncer de mama, la obesidad es un factor de riesgo moderado. En la tabla N°9 se observa que del total de la muestra en estudio el 16% (12) están catalogadas como obesidad, es decir, con un IMC por encima de 29.9; el 33% (44) está con sobrepeso, con un IMC entre 25 a 29.9. Podemos deducir entonces que solo un pequeño grupo del total de la muestra presenta este riesgo, sin embargo se observa también que del total de mujeres, 38.7% se encuentra con un IMC normal. Prosiguiendo en cuanto a la obesidad como factor de riesgo hay que tener ciertas consideraciones: Este efecto cambia según el estado menopausico, es decir, obesidad aumenta el riesgo en las mujeres posmenopáusicas y hay indicios que reduce el riesgo en las mujeres premenopáusicas³⁷. Por lo tanto de las 12 mujeres con obesidad, () están en la etapa de la premenopausia y () en la etapa posmenopáusica, en quienes el riesgo aumenta.

En cuanto al aborto, en relación a la aparición de cáncer de mama, podemos decir que es uno de los factores de riesgo modificables, que aun continúa en estudios, ya que es una situación delicada y controversial, por lo que suscitan diversas teorías. Sin embargo es considerado como factor de riesgo el cual se eleva si el número de abortos en una mujer es mayor. Del total de la muestra en estudio, el 30.3% (23) afirmo haber tenido alguna vez un aborto, mientras que el 69.7% (53) no tuvo ningún aborto. Esto quiere decir que el grupo que presenta el riesgo es el menor, sin embargo en otros estudios refieren que hay que diferenciar entre el aborto espontáneo y el inducido, lo que no se ha podido investigar en este grupo muestral.

Otro de los puntos que se investigó fue sobre la realización de una mamografía y biopsia mamaria, con la finalidad de registrar alguna anormalidad en el examen, en cuanto a la mamografía no se evidencio ninguna anormalidad en las mujeres que se practicaron este examen 18.4% (14), mas son un numero mayor aquellas que nunca se han practicado dicho examen 81.2% (62) y de estas 62.9% (39) están por encima de los 40 años, edad indicada y recomendada como parte de la detección precoz.

En cuanto a enfermedad benigna (Ver anexo L)) de mama, muchos estudios afirman que es un factor de riesgo leve en comparación a la hiperplasia atípica, siendo esta una patología premaligna que en la mayoría de los casos es precancerosa. De la muestra de estudio un 36.8% (28) refiere haber tenido alguna patología benigna de la mama, de estas el 25% (19) presentó mastitis, el 5.3% (4) tumores benignos y un 6.6% (5) abscesos y otros; caso contrario el grupo que menciono no haber enfermedad benigna 63.2% (48). En cuanto al diagnostico de hiperplasia atípica de la mama u otra enfermedad maligna, ninguna de ellas lo reportó.

En relación a antecedentes personales sobre otro tipo de cáncer, como factor de riesgo, se encuentran el cáncer endometrial, ovárico y de colon. En la muestra en

estudio se encontraron a 2 mujeres que desarrollaron ca. ovárico y endometrial, siendo un 3% del total de la muestra.

Sobre los estilos de vida, que es parte de los factores de riesgo modificables del cáncer de mama, en el presente estudio, solo el 1.3% (1) presenta el factor a consecuencia de consumo de tabaco y también alcohol, no siendo significativo en la muestra. En cuanto a la relación del estrés (Ver anexo LL) como factor de riesgo existe una relación leve, por lo que en la muestra un 53.9% (41) afirma percibir estrés durante el desarrollo de su vida cotidiana en contraposición de un 43.1% (35).

AGRUPACION DE LOS FACTORES DE RIESGO

FACTOR DE RIESGO

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Leve	24	31.6
Medio	37	48.7
Severo	15	19.7
Total	76	100

En el presente cuadro, podemos observar los resultados de haber agrupado los factores de riesgo tanto modificables como no modificables, según el número de factores de riesgo que presenta cada mujer; la clasificación utilizada se halló mediante la fórmula de Stanones. Por lo tanto en la muestra en estudio, que comprende de 76 mujeres, el 48.7% (37) representa a la mayor cantidad de mujeres que poseen un número moderado de factores de riesgo, un 31.6% posee el mínimo de factores y un 19.7% el mayor número de factores.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN SOBRE LA SEGUNDA VARIABLE EN ESTUDIO: CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CANCER MAMARIO

CONOCIMIENTOS				
Pregunta	Acierto		Desacierto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	25	32.9	51	67.1
2	70	92.1	6	7.9
3	52	68.4	24	31.6
4	9	11.8	67	88.2
5	35	46.1	41	53.9
6	31	40.8	45	59.2
7	53	69.7	23	30.3

En cuanto a la segunda encuesta relacionada a conocimientos del cáncer de mama y su detección temprana, se obtuvo los siguientes resultados:

En la primera pregunta sobre ¿Qué es el cáncer mamario?, el mayor numero de mujeres 60.5% (46) respondió de acuerdo a la encuesta ser una enfermedad de larga duración pero curable; el 32,9% (25) afirmó ser una tumoración maligna, las cuales acertaron con la respuesta correcta; un 5.3% (4) afirmó ser una enfermedad incurable y solo el 1.3% (1) afirmó ser una enfermedad benigna.

En la segunda pregunta sobre si conoce alguna forma de detectar precozmente el cáncer de mama, respondieron: El 92.1% (70) afirmó conocer alguna forma, entre ellas el 47.1% (33) autoexamen mamario, el 28.6% (20) afirma conocer las tres formas básicas de detección precoz del cáncer de mama (auto examen, de mamas, examen medico periódico, mamografía), un 9.2% (7) solo conoce el autoexamen de mama y mamografía, y un 13.2% (10) refieren otras combinaciones.

Respecto ala tercera pregunta sobre cual es la frecuencia recomendable para la realización del autoexamen de mamas contestaron: 68.4%(52) mensualmente, la cual es la respuesta correcta; un 18.4% (14) afirmó una vez al año y un 13.2% (10) diariamente.

En la cuarta pregunta relacionado al momento oportuno para la realización del autoexamen de mamas: 75% (57) cualquier día del mes, 13.2% (10) una semana

antes de menstruar y solo un 11.8% (9) una semana después de menstruar, siendo ésta la respuesta correcta.

En la quinta pregunta sobre la frecuencia recomendable para realizarse un examen medico: 46.1% (35) refiere anualmente, 38.2% (29) semestral y un 15.8% (12) mensualmente, nuevamente como en la pregunta anterior el menor numero de mujeres respondió la alternativa correcta.

Continuando con la sexta pregunta A partir de que edad es recomendable hacerse una mamografía: 52.6%(40) a partir de los 20 – 25 años, el 40.8% (31) a partir de los 40 – 45 años, siendo esta la correcta y un 6.6% (5) a partir de los 60 – 65 años.

Por ultimo en la séptima pregunta relacionado a la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía: El 69.7% (53) refiere una vez al año, el 19.7% (15) cada 6 meses y un 10.5% (8) cada 5 años.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES
EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006**

CONOCIMIENTOS		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo: 0 a 5	14	18.4
Medio: 6 a 9	38	50.0
Alto: 10 a 14	24	31.6
Total	76	100

En la presente tabla se muestra la distribución del total de mujeres clasificadas según la prueba de Stanones en intervalos de niveles de conocimiento, según numero de aciertos obtenidos del instrumento. El Intervalo que contienen al mayor numero de mujeres 50% (38) obteniendo un nivel de conocimiento medio, el 31.6% (24) con un nivel alto de conocimiento y un 18.4% (14) con un conocimiento bajo.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES:

1. Los resultados obtenidos muestran que en relación a los factores de riesgo, todas las mujeres usuarias del C.M.I.T.L. presentan por lo menos un factor de riesgo para el cáncer de mama.

2. Del total de la muestra estudiada que fueron 76 mujeres, el 48.7% (37) representa al mayor grupo que presentó más de 9 factores de riesgo para el cáncer de mama y el 31.6% (24) representando al menor grupo con menos de 4 factores de riesgo.

3. Entre los factores de riesgo no modificables para el cáncer de mama, el factor de riesgo de mayor coincidencia entre las mujeres es sobre los antecedentes de enfermedad benigna en la mama, con un 36.8% (28) y el de menor coincidencia es en relación a los antecedentes personales sobre otro tipo de cáncer representando un 2.8% (2) del total de la muestra en estudio.

4. En relación a los factores de riesgo modificables para el cáncer de mama, el factor de riesgo de mayor coincidencia en la muestra en estudio está relacionada con la percepción de estrés y obesidad con un 53.9% y 16% respectivamente.

5. En cuanto al estudio de los conocimientos se encontró que la mayoría 50% (38) tiene un conocimiento medio sobre las medidas preventivas del cáncer de mama.

6. Los aspectos que denotaron mayor conocimientos fueron sobre si conoce alguna forma de detectar precozmente el cáncer de mama, teniendo como acierto

al 92.1% (70), otra de las preguntas que tuvieron mayor aciertos fue sobre la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía con un 69.7% (53) de acierto y por último sobre la frecuencia recomendable para la realización del autoexamen de mamas con un 68.4%(52) de aciertos.

7. Los aspectos que denotaron menor conocimiento fueron: relacionado con el momento oportuno para la realización del autoexamen de mamas con 75% (57) de desacierto, otro de ellos relacionado a la definición del cáncer mamario tuvo un 67.1% (51) de desacierto y un 59.2% (45) de desacierto sobre la edad recomendable para iniciar el examen de mamografía.

B. RECOMENDACIONES:

1. A las autoridades pertinentes se le hace una llamado para reflexionar sobre la necesidad de la población femenina en la participación activa durante el desarrollo de actividades preventivo – promocionales, relacionada al cuidado de la salud de la mujer mediante campañas, implementación de talleres, educaron sanitaria, capacitación para el personal, fomentar el trabajo en equipo y multidisciplinario, entre otros, así mismo contar con un número equitativo de profesionales de salud para garantizar una mejor calidad de atención tanto para los usuarios internos como para los externos.

2. Es necesario hacer conocer a la población los resultados de esta investigación con el fin de que consideren estilos de vida saludables y la adquisición de conocimientos en relación a la prevención directa del cáncer y en particular del cáncer de mama, así como la necesidad de desarrollar investigaciones con grupos específicos que permitan valorar el impacto del cambio del estilo de vida y del nivel de conocimientos.

3. Realizar estudios similares en donde se investigue a profundidad sobre ciertos factores de riesgo como el tiempo de lactancia, la paridad, la ingesta de hormonas, el aborto considerando las variabilidades de cada una de ellas. También investigar las prácticas y/o relacionarlos a los conocimientos sobre detección temprana del cáncer mamario.

C. LIMITACIONES:

Los hallazgos encontrados sólo son válidos para el grupo de mujeres encuestadas en la sede de estudio; sin embargo es probable que se encuentren resultados similares en poblaciones con características similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) <http://www/journal.net/content/4/1/28>
- (2) Organización Mundial de la Salud, Prevención de Enfermedades crónicas: Una Inversión Vital.
- (3) Organización Mundial de la Salud, Registros Epidemiológicos, Boletín N°297.
- (4) Landis S, Murray; Bolden Swingo PA Cancer Statistics 1999.
- (5) Parkin D. M., et. Al CA. Cáncer J. Cum 1999, 49:33-64.
- (6) Dr. Twalib Ngoma, Representante de Organización Mundial de la Salud.
- (7) Singh MM, Devi R, Walia I, Kumar R. Breast self examination for early detection cancer. Indian J MedSci 1999.
- (8) Centro de Investigación en Cáncer “Maes Heller” Registro de cáncer en Lima Metropolitana Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas 1990-1993.
- (9) NHMRC National Breast; Cancer Center Clinical Practice Guidelines for the Management of Early Breast Cancer The Clinical Picture.
- (10) Dra. Yasmín Bhurgri , Miembro de la Organización Mundial de la Salud.
- (11) Dr. Dora Herrera Martínez, Dr. Manuel Garcia Solís. Hospital Metropolitano, Prevención de salud, Consultores España.
- (12) y (13) Lewis, J. H.Nursing Management for pacientes: A unique opportunity.
- (14) Institute of Medicine de la National Academy of Sciences de EE.UU.
- (15) <http://www.el-mundo.es/elmundosalud/cancer/mama3html>.
- (16) <http://www.scielo.org.pe/scielo/cancermama>.
- (17) Dr. Juan Montero Ruiz, Medico Cirujano Patólogo, Cáncer de mama: Generalidades, epidemiología, factores de riesgo. España censo 2001).
- (18) Alfonso Chacaltana M., Gabriela Guevara C. Medico Cirujano, Universidad Nacional San Luís de Gonzaga de Ica. Factores de riesgo modificables en pacientes con cáncer de mama. 1981- 2001)
- (19) DR. David Tejada de Rivero, ex ministro de Salud del Perú, ex Sud Director General de la OMS, miembro de la Asociación de Consultores Internacionales

- en Salud y actual Presidente de la Academia Peruana de Salud (Entrevista realizada en abril del 2003).
- (20)Gómez Zamudio Mauricio, 1998. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Montreal, Canadá. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal.
- (21) Dr. Fernando Rocabado Quevedo es Asesor de Promoción de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud-Representación Perú. (Entrevista realizada en abril de 2003).
- (22) Brian DD, Melton LJ, GoellnerJR, O'Fallon WM. Breast cancer incidence, prevalence, mortality, and survivorship in Rochester, Minnesota. Mayo Clin Proc 1999
- (23) Nielsen M, Christensen L, Andersen J. Contralateral cancerous breast lesion in woman With clinical invasive breast carcinoma.Cancer 1986.
- (24) Brinton LA, Hoover R, Fraumeni JF Jr. Reproductive factors in the etiology of breast cancer. Cancer1983.
- (25) Mesko TW, Dunplant JN, SutherlandCM. Risk factors for breast cancer.Compr Ther 1990.
- (26) Pike MC, Krailo MD, HendersonBE, CasagrandeJT, HoelDG."Hormonal"risk factors, "Breast tissue age" and the age-incidence of breast cancer.Nature 1999.
- (27) Hsieh CC, TrichopoulosD, Katsouyanni K, Yuasa S. Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study. Int J Cancer 2001.
- (28) Briton LA, Hoover RN Fraumeni JF Jr. Reproductive factors in the etiology of breast cancer.Br.1999.
- (29)Trapido EJ. Age at first birth, parity, and breast cancer risk. Cáncer 1997.
- (30)Vasallo, J.A.; Barrios, E. Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003)
- (31) <http://www.Saludhoynoticias>, octubre 24 de 2003.

- (32) Kaufman DW, Miller DR, Rosenberg L, Hellmich SP, Stolley P, Schottenfeld D, Shapiro S. Noncontraceptive estrogen use and the risk of breast cancer. JAMA 2001.
- (33) Greenwald, P., & McDonald, S.S. (1997). Cancer prevention: The roles of diet and chemoprevention. Cancer Control.
- (34) Departamento de Servicios de Salud en California, en la revista del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos.
- (35) Brinton. et. al., Cáncer Invest. 6: 245-54, 1990).
- (36) Hsieh et.al., Int J Cáncer; 46. 796-800, 1992)
- (37) Pujol P., Galtier-Dereure F., Bringer J. Hum Reprod; 12 Supp 1: 116- 25, 1999)

BIBLIOGRAFÍA

BEVERLY WITTE, DUGAS, Tratado de Enfermería Practica, 7ª ed. Interamericana. México, 2000.

BRUNNER Y SUDARTH, Tratado de Enfermería Medico Quirúrgica. 9ª.ed. Mc Graw Hill Interamericana.

GUYTON A, HALL J. Tratado de Fisiología Médica. 10ª ed.Mc Greenhill Interamericana. España. 2001.

HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ, BAPTISTA, Metodología de la Investigación. 3º ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2003.

FARRERAS V, ROZMAN C. Medicina Interna 14ª ed. Editorial Interamericana s.a. de CV. Mexico1996.

MC PHEE, LINGAPPA, GANONG, Fisiopatología médica: Una introducción a la medicina clínica, 4ª ed. Manual Moderno.1999.

OMS, Informe Sobre La Salud del Mundo 2002: Reducir los riesgos, producir una vida sana. Ginebra OMS, 2002

PINEDA, DE ALVARADO, CANALES, Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, 2º ed. OPS

POLIT Y HUNGLER, Investigación Científica en las Ciencias de la Salud, Principios y métodos, 6º ed. Mc Graw Hill Interamericana 2000.

ROMERO TORRES RAUL, Tratado de cirugía, 8ª ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2001

SABISTON D, DUKE J. Tratado de Patología Quirúrgica: Bases Biológicas de la Práctica Quirúrgica Moderna. 13ª ed. Editorial Interamericana. México 1998.

SOPENA, Diccionario Ilustrado. Editorial Ramón Sopena. España 2001

ANEXO A
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de riesgo y Conocimientos sobre medidas preventivas de cáncer de mama.	<p>Factor de Riesgo: Circunstancia que aumenta la probabilidad de una perdida derivada de algún peligro que puede producir lesión, ya que el cáncer de mama no tiene causas definidas sino a diferentes factores.</p> <p>Conocimientos. Representación mental abstracta, producto de la adquisición de conceptos, definiciones sobre un objeto o tema específico.</p>	<p>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</p> <p>Representación mental, acerca de temas relacionados al cáncer de mama, como en este caso sobre conceptos, medidas preventivas producto de las experiencias previas.</p>	<p>Factores que no modificables</p> <p>Factores de riesgo susceptibles de modificación</p> <p>Conocimientos sobre la prevención de cáncer de mama</p>	<p>Edad, raza, historia personal, historia familiar, menarquia temprana, menopausia tardía.</p> <p>Paridad, tiempo de lactancia, historia de aborto, uso de anticonceptivos orales, uso de terapia hormonal sustitutiva, obesidad, consumo de alcohol, tabaco, presencia de estrés.</p> <p>Cáncer de mama, detección temprana, autoexamen de mamas, examen médico periódico, mamografía.</p>

ANEXO B

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Nº: _____



I. INTRODUCCIÓN

Muy buenos días , soy Interna de Enfermería de la UNMSM , que trabajando en conjunto con el Centro de Salud “Materno Infantil Tablada de Lurin”, se esta realizando un trabajo de investigación que tienen como objetivo: Determinar factores de riesgo y conocimientos sobre medidas preventivas en las mujeres usuarias, siendo importante que usted conteste de manera veraz esta encuesta , cabe resaltar que los datos serán tomados en forma confidencial , en tal sentido apelamos a su colaboración para la ejecución de dicho instrumento.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrara una serie de preguntas que deberá marcar con un aspa (X) , se deberá marcar una pregunta a la vez , en algunos casos llenara los espacios en blanco.

III. DATOS GENERALES

A. EN RELACIÓN AL ENCUESTADO

1. Edad ()

2. Procedencia

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

3. Grado de instrucción

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

4. Área de Trabajo:.....

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

B. DATOS RELACIONADOS AL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

PRIMERA PARTE: FACTORES DE RIESGO

Factores no modificables

Ginecológicos

Edad de primera menstruación ()
Formula obstétrica Gestas () Partos () Abortos ()
Edad de primer embarazo a termino ()
Tiempo de lactancia (meses / hijo).....
Edad de menopausia ()
Uso de hormonas: Si () No () Tipo..... Tiempo.....

Antecedentes personales patológicos

Realización de mamografía Si () No ()
Enfermedad benigna de mama Si () No ()
Otro tipo de cáncer Si () No ().....

Antecedentes familiares

Cáncer de mama en: madre () Hermana () Hija () Abuela ()

Factores modificables

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

SEGUNDA PARTE: CONOCIMIENTOS

1. Para usted que es el cáncer mamario

- Enfermedad incurable
- Enfermedad de larga duración pero curable
- Tumoración maligna
- Tumoración benigna.

2. ¿Conoce alguna forma de detectar precozmente el cáncer de mama?

- a) No
- b) Auto examen de mamas
- c) Examen medico periódico
- d) Mamografía
- e) b y c
- f) b y d
- g) c 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. ¿Cual de estos cree que es el momento oportuno para la revisión de las mamas?

- a) Una semana antes de menstruar.
- b) Cualquier día.
- a) Una semana después de menstruar.

5. ¿Cual cree usted que es la frecuencia recomendable para realizarse una consulta medica?

- a) Mensual
- b) Semestral
- c) Anual

6. A partir de que 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. Cual es la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía

- a) Cada 6 meses
- b) Una vez al año
- c) Cada 5 años

ANEXO C

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

Preguntas	JUECES							
	1	2	3	4	5	6	7	P
1	0	0	0	0	0	0	0	0.002
2	0	0	1	0	0	0	1	0.090
3	1	0	0	0	0	0	0	0.070
4	0	0	0	1	0	0	1	0.090
5	0	0	0	0	0	0	0	0.070
6	0	0	0	1	0	0	0	0.070
7	0	0	0	0	0	0	0	0.002
8	1	0	0	0	0	0	0	0.070
9	0	1	0	1	0	0	0	0.090

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es afirmativa

1: Si la respuesta es negativa

Si P es $<$ de 0.5, el grado de concordancia es significativo, por lo tanto de acuerdo a cada resultado obtenido por cada juez, son menores de 0.5; por consiguiente el grado de concordancia es significativo

El valor final de la validación es 0.09

ANEXO D

APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD

Se aplicó la fórmula de Kuder Richardson (Kr-20) a los resultados obtenidos en relación a los factores de riesgo para el cáncer de mama.

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_t^2} \right)$$

K = Número de Ítems

σ_t^2 = Varianza

p = Proporción de repuestas correctas

q = Proporción de repuestas incorrectas

pq = variación de cada pregunta

Factores de Riesgo:

k	76
k-1	75
SUMA DE *PQ's	2.149
VARIANZA	10.495
SUMA DE *PQ's/DE²	0.205
1-SUMA DE *PQ's/DE²	0.795
KUDER	0.805

TABLA MATRIZ KUDER RICHARDSON

Item	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15			
Enc.	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
1		4		4		4		4	4				4		4		4		4		4		4		4		4		4		4	
2		8		8		8		8	8				8	8			8		8	8			8		8		8		8	8		
3		6		6		6		6	6				6	6			6	6		6			6		6		6		6		6	
4		14		14		14	14		14				14			14	14		14			14		14		14		14	14		14	
5		10		10	10		10			10			10	10			10	10		10			10		10		10		10		10	
6		6		6		6		6		6			6	6		6			6			6	6		6		6		6		6	
7		6		6		6	6			6			6		6	6			6	6			6	6		6		6		6		
8		8		8		8		8	8				8		8	8			8			8		8		8		8		8		
9		8		8		8	8			8			8	8			8	8			8		8		8		8		8		8	
10		4		4		4	4			4			4		4	4			4			4		4		4		4		4		
11		8		8	8			8		8			8		8			8	8			8		8		8		8	8		8	
12		10		10	10			10	10				10		10	10			10	10			10		10		10	10		10		
13		6		6		6		6	6				6		6	6			6			6		6		6		6		6		
14		6		6		6		6		6			6	6			6			6			6		6		6		6		6	
15		8		8		8		8		8			8	8			8	8			8		8		8		8		8		8	
16		6		6		6		6		6			6	6			6	6			6		6		6		6		6		6	
17		8		8		8	8			8			8	8			8			8	8			8		8		8	8		8	
18		6		6		6		6		6			6	6			6	6			6		6		6		6		6	6		
19		4		4		4		4	4				4	4			4			4			4		4		4		4		4	
20		4		4		4		4		4			4		4			4	4			4		4		4		4		4		4
21		10		10		10		10		10			10		10	10			10			10		10		10	10		10	10		10
22		10		10		10	10			10			10	10			10	10			10		10		10		10		10		10	
23		4		4	4			4					4		4			4			4		4		4		4		4		4	
24		2		2		2		2		2			2		2			2	2			2		2		2		2		2		2
25		6		6	6			6	6				6	6			6			6			6		6		6		6		6	
26		4		4	4			4		4			4		4			4	4			4		4		4		4		4		4
27		10		10	10			10					10	10			10	10			10		10		10		10		10		10	
28		8		8		8	8			8			8	8			8			8	8			8		8		8		8		8
29		8		8	8			8	8				8	8			8			8			8		8		8		8		8	
30		6		6		6	6			6			6		6			6	6			6		6		6	6		6		6	
31		6		6	6			6	6				6		6			6	6			6		6		6		6		6		6
32		6		6		6	6			6			6		6			6			6	6			6	6		6		6		6
33		2		2	2			2		2			2		2			2			2		2		2		2		2		2	
34		8		8		8	8			8			8	8			8	8			8		8		8		8		8		8	
35		2		2		2		2		2			2		2	2			2			2		2		2		2		2		2
36		8		8		8		8	8				8		8	8			8			8		8		8		8		8		8
37		6		6		6		6	6				6		6			6	6			6		6		6		6		6		6
38		8		8		8		8	8				8		8			8	8			8		8		8		8		8		8
39		10		10	10			10	10				10	10			10	10			10		10		10		10	10		10		10
40		14		14	14			14	14				14		14			14	14			14		14		14		14	14		14	
41		4		4		4		4		4			4		4	4			4			4		4		4		4		4		4
42		6		6		6		6	6				6	6			6			6	6			6		6		6		6		6
43		6		6		6		6		6			6	6			6			6	6			6		6		6		6		6
44		6		6		6		6		6			6	6			6			6			6		6		6		6		6	

45		2		2		2		2		2		2	2			2		2		2		2		2
46		4		4		4		4	4			4		4	4			4		4		4		4
47		2		2		2		2		2		2		2	2			2		2		2		2
48		8		8	8			8		8		8	8			8		8		8		8	8	
49		4		4		4		4		4	4			4		4	4			4		4		4
50		6		6		6		6		6		6	6		6		6			6		6		6
51		8		8		8	8			8	8		8			8	8			8		8		8
52		4		4		4		4		4		4	4		4			4		4		4		4
53		10		10	10		10			10	10		10	10		10			10	10	10		10	10
54		4		4		4	4			4		4	4			4		4		4		4		4
55		8		8		8	8			8	8			8		8	8			8		8		8
56		8		8	8			8	8			8	8		8			8		8		8		8
57		8		8	8			8	8			8	8			8		8		8		8		8
58		8		8		8	8			8		8	8			8	8			8		8		8
59		8		8	8		8			8	8			8	8			8		8		8		8
60		6		6		6		6		6		6	6		6	6		6		6		6	6	
61		8		8	8			8		8	8			8	8			8		8		8		8
62		14		14		14	14			14	14		14		14			14	14	14		14		14
63		6		6	6		6			6	6			6		6		6		6		6		6
64		6		6		6	6			6		6	6		6	6			6		6		6	6
65		16		16	16		16			16	16			16	16		16		16		16	16		16
66		6		6	6			6	6			6	6		6	6			6		6		6	6
67		2		2		2	2			2		2		2		2		2		2		2		2
68	14		14			14	14			14	14			14		14			14	14		14	14	
69		4		4	4			4		4		4		4	4			4		4		4		4
70		6		6	6			6		6		6		6	6		6		6		6		6	6
71		10		10		10	10			10		10		10	10			10		10		10	10	
72		4		4		4	4			4		4		4		4	4			4		4		4
73		4		4		4	4			4		4		4		4		4		4		4		4
74		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
75		12		12		12		12	12			12	12		12		12	12		12		12	12	
76		14		14	14			14		14	14			14	14			14		14		14	14	

APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD

Se aplicó la fórmula de Kuder Richardson (Kr-20) a los resultados obtenidos sobre conocimientos preventivos del cáncer de mama.

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_i^2} \right)$$

K = Número de Ítems

σ_i^2 = Varianza

p = Proporción de repuestas correctas

q = Proporción de respuestas incorrectas

pq = Variación de cada pregunta

Conocimientos:

k	76
k-1	75
SUMA DE *PQ's	1.332
DE²	6.503
SUMA DE *PQ's/DE²	0.205
1-SUMA DE *PQ's/DE²	0.795
KUDER	0.806

TABLA MATRIZ KUDER RICHARDSON

ITEMS	1		2		3		4		5		6		7	
	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
1		8	8		8			8	8			8	8	
2		8		8	8		8			8	8		8	
3		8	8		8		8			8		8	8	
4	10			10	10			10	10		10		10	
5	6		6			6		6	6			6		6
6	10		10		10			10	10			10	10	
7		6	6		6			6	6			6		6
8		6	6		6			6	6			6		6
9		4	4			4		4	4			4		4
10		6	6		6			6		6	6		6	
11	6		6		6			6		6		6		6
12		10	10		10			10	10		10		10	
13		4	4		4			4		4		4		4
14	12		12		12			12	12		12		12	
15	8		8		8			8	8			8		8
16		10	10		10			10	10		10		10	
17		10	10		10			10	10		10		10	
18		6	6			6		6		6	6		6	
19	10		10		10			10		10	10		10	
20	10		10		10			10	10			10	10	
21		8	8			8		8	8		8		8	
22		4	4		4			4		4		4		4
23		10	10		10			10	10		10		10	
24		8		8	8			8	8		8		8	
25		4	4		4			4		4		4		4
26		6	6		6			6		6		6	6	
27		2	2			2		2		2		2		2
28		8	8			8		8	8		8		8	
29		2	2			2		2		2		2		2
30		6		6		6	6		6			6	6	
31		10	10		10		10			10	10		10	
32		4	4		4		4			4	4		4	
33	6		6			6		6		6		6	6	
34		6	6		6		6			6		6		6
35		6	6			6	6		6		6		6	
36		10	10		10			10	10		10		10	
37		4	4			4		4		4		4	4	
38		6	6		6			6		6		6	6	
39		6	6			6		6	6			6	6	

40	12		12		12			12	12		12		12	
41		8	8		8		8			8	8			8
42	10		10		10			10	10			10	10	
43		4	4		4			4		4		4		4
44		8		8	8		8			8	8		8	
45		2	2			2		2		2		2		2
46		8	8			8		8	8		8		8	
47		6	6			6		6		6	6		6	
48	6		6			6		6		6		6	6	
49	6		6			6		6		6		6	6	
50	10		10			10	10		10			10	10	
51		6	6		6			6		6		6	6	
52		8	8			8		8	8		8		8	
53	10			10	10			10	10		10		10	
54		4	4			4		4		4		4	4	
55		6	6		6			6		6		6	6	
56		6	6		6			6		6		6	6	
57		2	2			2		2		2		2		2
58		10	10		10			10	10		10		10	
59		4	4		4			4		4		4		4
60	10		10		10			10		10	10		10	
61	6		6		6			6		6		6		6
62		10	10		10			10	10		10		10	
63		6	6		6			6		6		6	6	
64		4	4		4			4		4		4		4
65	12		12		12			12	12		12		12	
66	10		10		10			10	10			10	10	
67		6	6		6			6		6		6	6	
68		8	8		8			8		8	8		8	
69		10	10		10			10	10		10		10	
70	10		10		10			10		10	10		10	
71	6		6		6		6		6		6		6	
72	6		6			6		6		6		6	6	
73	8		8			8		8	8		8			8
74		10	10		10			10	10		10		10	
75	10		10		10			10	10		10			10
76	8		8		8			8	8			8		8

ANEXO E

PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Se utilizo esta Prueba no Paramétrica para determinar si la muestra tiene una distribución normal.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		RIESG_CA
N		76
Parámetros normales ^{a,b}	Media	6.89
	Desviación típica	3.240
Diferencias más extremas	Absoluta	.169
	Positiva	.169
	Negativa	-.115
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.474
Sig. asintót. (bilateral)		.026

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Se utilizó esta Prueba no Paramétrica para determinar si la muestra tiene una distribución normal.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Conocimientos
N		76
Parámetros normales ^{a,b}	Media	7.24
	Desviación típica	2.550
Diferencias más extremas	Absoluta	.186
	Positiva	.186
	Negativa	-.177
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.623
Sig. asintót. (bilateral)		.010

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

ANEXO F

APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER DE MAMA

Para la clasificación de los factores de riesgo por nivel de severidad se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:

1. Cálculo de X promedio:

$$X = 6.895$$

2. Cálculo la Desviación Estándar:

$$DS = 3.218$$

3. Se establecieron valores para a y b:

$$a = X - 0.75(DS);$$

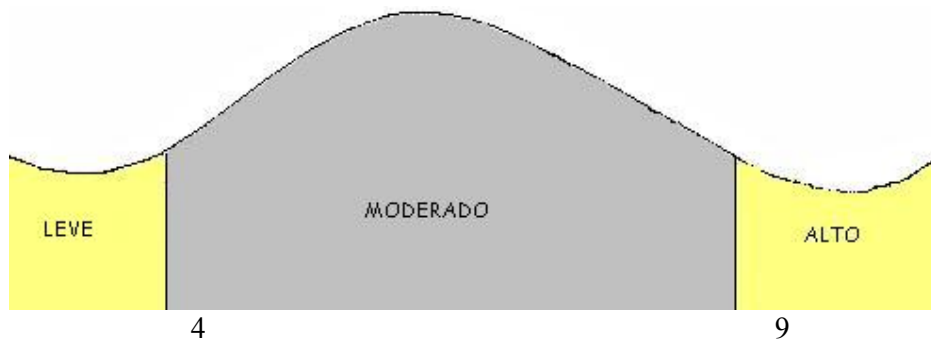
$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 6.895 - 0.75(3.218) ;$$

$$b = 6.895 + 0.75(3.218)$$

$$a = 4.47$$

$$b = 9.04$$



INTERVALO DE FACTORES DE RIESGO

Riesgo Leve: <4

Riesgo Moderado: 4-9

Riesgo Alto: >9

TABLA MATRIZ DE STANONES

Nº	Factores de Riesgo De Cáncer de Mama															Total
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	
1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4
2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	2	8
3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	6
4	0	0	0	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	2	14
5	0	0	2	2	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	10
6	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	6
7	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	6
8	0	0	0	0	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	8
9	0	0	0	2	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	8
10	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4
11	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	8
12	0	0	2	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	10
13	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	6
14	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	6
15	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	8
16	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	6
17	0	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	2	8
18	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	6
19	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4
21	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	10
22	0	0	0	2	2	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	10
23	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
25	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6
26	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4
27	0	0	2	2	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	10
28	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	8
29	0	0	2	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	8
30	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	6
31	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	6
32	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	6
33	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
34	0	0	0	2	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	8
35	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
36	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	8
37	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	6
38	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	8
39	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	10
40	0	0	2	0	2	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	14
41	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	4
42	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	6

43	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	2	6
44	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	6
45	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
46	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	4
47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
48	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	8
49	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	4
50	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	6
51	0	0	0	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	8
52	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	4
53	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	10
54	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4
55	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	8
56	0	0	2	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	8
57	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	8
58	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	8
59	0	0	2	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	8
60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	6
61	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	8
62	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	2	0	0	14
63	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6
64	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	6
65	0	0	2	2	0	0	0	2	0	2	2	2	0	2	2	16
66	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6
67	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
68	2	2	0	2	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	14
69	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4
70	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	6
71	0	0	0	2	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2	10
72	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4
73	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2	12
76	0	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2	2	0	0	2	14

*Se considero: Respuesta afirmativa 2
Respuesta negativa 0*

**APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN
DE INTERVALOS EN EL CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCION
DE CANCER DE MAMA**

Para la clasificación del nivel de conocimiento de las entrevistadas se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:

1. Cálculo de X promedio:

$$X = 7.237$$

2. Cálculo la Desviación Estándar:

$$DS = 2.533$$

3. Se establecieron valores para a y b:

$$a = X - 0.75(DS);$$

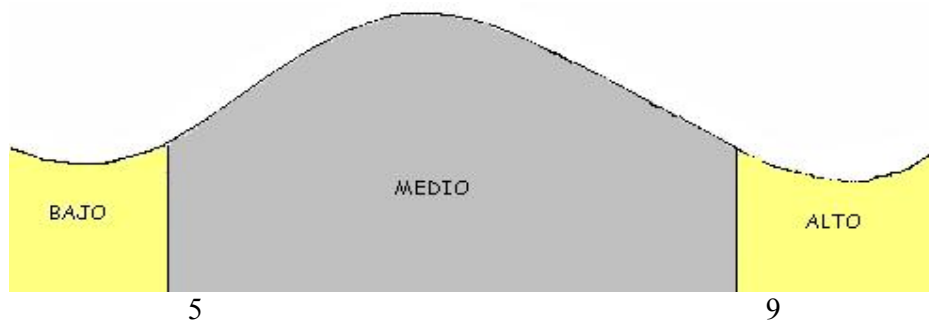
$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 7.237 - 0.75(2.533)$$

$$b = 7.237 + 0.75(2.533)$$

$$a = 5.333$$

$$b = 9.136$$



CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO:

Nivel de Conocimiento Bajo: <5

Nivel de Conocimiento Medio: 5 - 9

Nivel de Conocimiento Alto: >9

TABLA MATRIZ STANONES

Nº	CONOCIMIENTOS							Puntaje
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
1	0	2	2	0	2	0	2	8
2	0	0	2	2	0	2	2	8
3	0	2	2	2	0	0	2	8
4	2	0	2	0	2	2	2	10
5	2	2	0	0	2	0	0	6
6	2	2	2	0	2	0	2	10
7	0	2	2	0	2	0	0	6
8	0	2	2	0	2	0	0	6
9	0	2	0	0	2	0	0	4
10	0	2	2	0	0	0	2	6
11	2	2	2	0	0	0	0	6
12	0	2	2	0	2	2	2	10
13	0	2	2	0	0	0	0	4
14	2	2	2	0	2	2	2	12
15	2	2	2	0	2	0	0	8
16	0	2	2	0	2	2	2	10
17	0	2	2	0	2	2	2	10
18	0	2	0	0	0	2	2	6
19	2	2	2	0	0	2	2	10
20	2	2	2	0	2	0	2	10
21	0	2	0	0	2	2	2	8
22	0	2	2	0	0	0	0	4
23	0	2	2	0	2	2	2	10
24	0	0	2	0	2	2	2	8
25	0	2	2	0	0	0	0	4
26	0	2	2	0	0	0	2	6
27	0	2	0	0	0	0	0	2
28	0	2	0	0	2	2	2	8
29	0	2	0	0	0	0	0	2
30	0	0	0	2	2	0	2	6
31	0	2	2	2	0	2	2	10
32	0	2	2	0	0	0	0	4
33	2	2	0	0	0	0	2	6
34	0	2	2	2	0	0	0	6
35	0	2	0	2	0	0	2	6
36	0	2	2	0	2	2	2	10
37	0	2	0	0	0	0	2	4
38	0	2	2	0	0	0	2	6
39	0	2	0	0	2	0	2	6
40	2	2	2	0	2	2	2	12
41	0	2	2	2	0	2	0	8
42	2	2	2	0	2	0	2	10
43	0	2	2	0	0	0	0	4
44	0	0	2	2	0	2	2	8

45	0	2	0	0	0	0	0	2
46	0	2	0	0	2	2	2	8
47	0	2	0	0	0	2	2	6
48	2	2	0	0	0	0	2	6
49	2	2	0	0	0	0	2	6
50	2	2	0	2	2	0	2	10
51	0	2	2	0	0	0	2	6
52	0	2	0	0	2	2	2	8
53	2	0	2	0	2	2	2	10
54	0	2	0	0	0	0	2	4
55	0	2	2	0	0	0	2	6
56	0	2	2	0	0	0	2	6
57	0	2	0	0	0	0	0	2
58	0	2	2	0	2	2	2	10
59	0	2	2	0	0	0	0	4
60	2	2	2	0	0	2	2	10
61	2	2	2	0	0	0	0	6
62	0	2	2	0	2	2	2	10
63	0	2	2	0	0	0	2	6
64	0	2	2	0	0	0	0	4
65	2	2	2	0	2	2	2	12
66	2	2	2	0	2	0	2	10
67	0	2	2	0	0	0	2	6
68	0	2	2	0	0	2	2	8
69	0	2	2	0	2	2	2	10
70	2	2	2	0	0	2	2	10
71	2	2	0	0	0	0	2	6
72	2	2	0	0	0	0	2	6
73	2	2	0	0	2	2	0	8
74	0	2	2	0	2	2	2	10
75	2	2	2	0	2	2	0	10
76	2	2	2	0	2	0	0	8

*Se considero: Respuesta afirmativa 2
Respuesta negativa 0*

ANEXO G
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN EDAD
EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE
V.M.T. 2006

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30-35	18	23.7
36-41	16	21.1
42-47	23	30.3
48-53	6	7.9
54-59	8	10.5
60-64	5	6.6
Total	76	100

ANEXO H
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN PROCEDENCIA
EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE
V.M.T. 2006

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Costa	35	46.1
Selva	5	6.5
Sierra	36	47.4
Total	76	100

ANEXO I
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN GRADO DE
INSTRUCCIÓN EN EL C.M.I.T.L. DEL
DISTRITO DE V.M.T.
2006

Grado de instruccion	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	1	1.3
Primaria completa	7	9.2
Primaria incompleta	10	13.2
Secundaria completa	28	36.8
Secundaria incompleta	16	21.1
Superior técnico	14	18.4
Total	76	100

ANEXO J
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN
ACTIVIDAD LABORAL EN EL C.M.I.T.L.
DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

Actividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	46	60.5
Trabajo esporadico o inestable	28	36.8
Trabajo estable no especializado	2	2.7
Total	76	100

ANEXO K
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN RAZA
EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

Raza	Frecuencia	Porcentaje
Blanca	23	30.3
Indo americano	42	55.3
Negro	11	14.5
Total	76	100

ANEXO L
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN ENFERMEDAD
BENIGNA EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

E.Benigna	Frecuencia	Porcentaje
Mastitis	19	67.8
Tumores benignos	4	14.3
Otros	5	17.9
Total	28	100

ANEXO LL
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES SEGÚN STRES
EN EL C.M.I.T.L. DEL DISTRITO DE V.M.T.
2006

Stres	Frecuencia	Porcentaje
no	35	46.10%
si	41	53.90%
Total	76	100.00%