

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

Tesis presentada por las Bachilleres:

YAMILLE DEL ROSARIO DÍAZ CUTY
KATHERINE JOSELINE YTUSACA ACUTICONA

Para optar el Título Profesional de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERÚ

2014

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMÁ EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Mayo del 2014

Yamille del Rosario Díaz Cuty

Katherine Joseline Ytusaca Acuticona



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

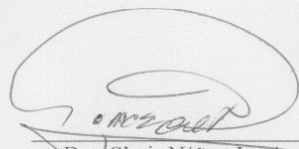
Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. LIGA DE LUCHA DE CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA 2013.

Autora : Yamille Del Rosario Díaz Cuty
Katherine Joseline Ytusaca Acuticona

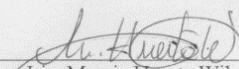
Fecha : Arequipa, 09 de Mayo del 2014

Subsanadas las observaciones, pase a Sustentación, según Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

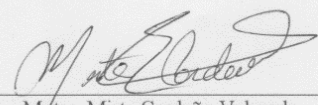
Atentamente,



Dra. Gloria Núñez Lovón
Presidenta



Lic. Marcia Huerta Wilson
Secretaria



Mter. Mirta Cardeña Valverde
Miembro del Jurado

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Dominga Vargas de Flores**
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : **Asesoría de Tesis Titulada:**
CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMÁ EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

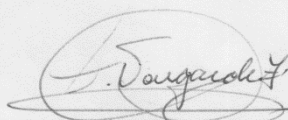
AUTORAS : YAMILLE DEL ROSARIO DÍAZ CUTY
KATHERINE JOSELINE YTUSACA ACUTICONA

FECHA : Arequipa, 03 de Marzo del 2014

Antecedentes: La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Setiembre del 2013 a Enero del 2014, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal: Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,



Dra. Dominga Vargas de Flores

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Jurado Dictaminador
Lic.Nancy Tejada de Riveros Mgter. Mirta Cardeña Valverde

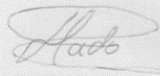
Asunto : Dictamen proyecto de Tesis
“ CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE
MAMA EN MUJERES DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD ,LIGA DE LUCHA CONTRA EL
CÁNCER , AREQUIPA 2013”

Autoras : Yamile del Rosario Díaz Cuty
Katherine Joseline Ytusaca Acuticona

Fecha : Arequipa 4 de diciembre del 2013

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el Proyecto de tesis y subsanadas las observaciones realizadas,pase a la fase de Ejecución

Atentamente.



Lic.Nancy Tejada de Riveros



Mgter. Mirta Cardeña Valverde

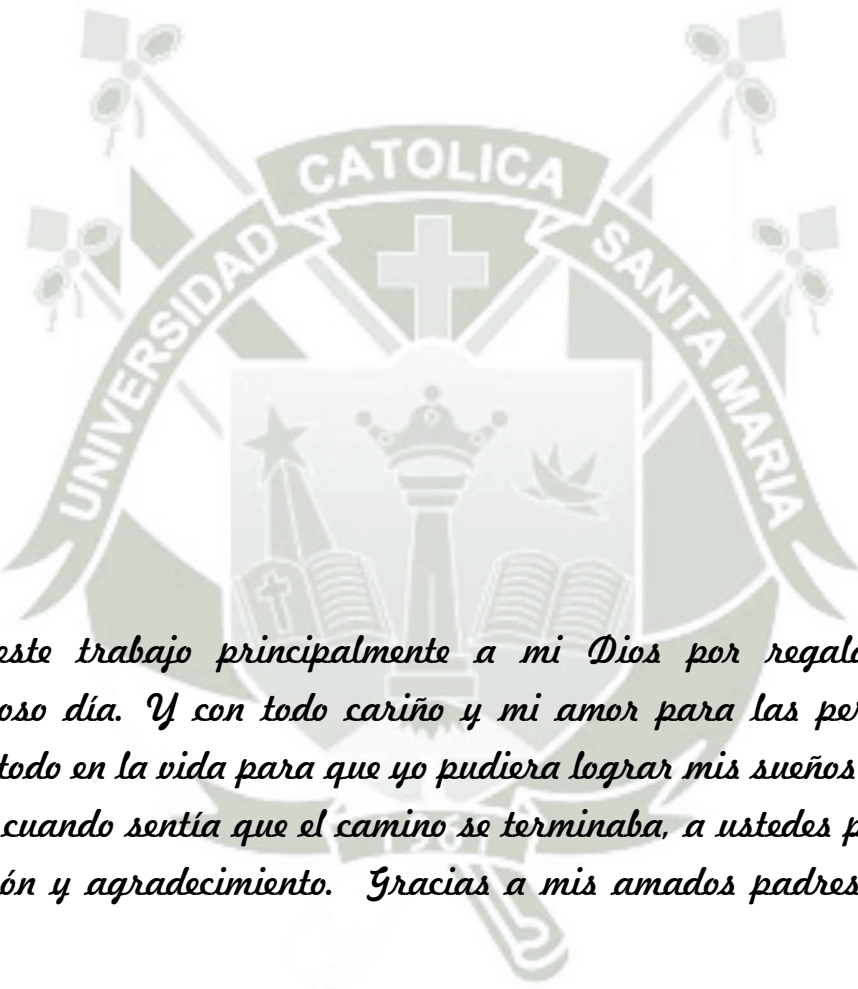


Nuestro Agradecimiento

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, en especial a las docentes que nos han brindado conocimientos, para ser buenas profesionales y estar preparadas para nuevos retos en nuestra vida.

Dedico esta tesis a Dios por su bendición, a mi madre Yrene, por ser una madre amorosa y cariñosa conmigo, a mis hermanos Luis Alberto, Néstor Fernando, José Joel y Dayanna Berelisse, por su constante apoyo.

Yamille



Dedico este trabajo principalmente a mi Dios por regalarme cada maravilloso día. Y con todo cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños por darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento. Gracias a mis amados padres Erasmo y Nora.

Katherine

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	09
RESUMEN	10
ABSTRACT	10
INTRODUCCION	11

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Enunciado del Problema	13
1.2 Descripción del Problema	13
1.3 Justificación	15
2. OBJETIVOS	16
3. MARCO TEÓRICO	16
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	49
5. HIPÓTESIS	50

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO	51
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	51
2.1. Ubicación Espacial	51
2.2. Ubicación Temporal	52
2.3. Unidades de Estudio	52
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53

CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	54
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	71



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG
1. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN EDAD. CONSULTANTES EN EL CENTRO DETECTOR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	55
2. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. CONSULTANTES EN EL CENTRO DETECTOR DEL CANCER. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	56
3. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCION. CONSULTANTES DEL CENTRO DETECTOR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	57
4. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN OCUPACIÓN. CONSULTANTES DEL CENTRO DETECTOR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	58
5. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN ESTADO CONYUGAL. CONSULTANTES DEL CENTRO DETECTOR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	59
6. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN EDAD. CONSULTANTES EN EL CENTRO DETECTOR DEL CANCER. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	60
7. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN NIVEL GLOBAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA. CONSULTANTES DEL CENTRO DETECTOR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	61
8. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN EDAD. CONSULTANTES EN EL CENTRO DETECTOR DEL CANCER. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	62
9. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA LUGAR DE RESIDENCIA CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS. CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	63
10. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA LUGAR DE RESIDENCIA CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO. CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	64
11. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA OCUPACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS. CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	65
12. MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA ESTADO CONYUGAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS. CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	66

RESUMEN

En el estudio: Características Socioculturales y su Relación con el Nivel de Conocimientos sobre las Medidas de Prevención de Cáncer de Mama en Mujeres de 30 a 60 años de Edad, se consideró el nivel de estudio relacional, de corte transversal, tuvo como objetivos el determinar en las mujeres de 30 a 60 años de edad las características socioculturales y el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención del cáncer, así como precisar su relación.

Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento un formulario de preguntas validado por expertos y aplicado a 73 mujeres de 30 a 60 años de edad consultantes de la Liga de Lucha contra de Cáncer.

Los datos obtenidos fueron organizados estadísticamente, analizados e interpretados, lo que permitió abordar a tres conclusiones: la primera indica que las mujeres de 30 a 60 años investigadas en más de la mitad tienen de 31 a 50 años de edad, proceden de la zona urbana, tienen como nivel de instrucción secundaria y superior y como ocupación, el trabajo y estudio. La segunda, muestra que el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de mama en más del 50% es medio y alto. La tercera, da referencia a que existe una relación directa entre las características socioculturales y el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención del cáncer de mama.

Palabras claves: Características socioculturales – cáncer – cáncer de mama – medidas de prevención – nivel de conocimientos.

Datos de las investigadoras

Yamille del Rosario Díaz Cuty, Víctor Andrés Belaunde H-1, 959511937, carabonita71@hotmail.com
Katherine Joseline Ytusaca Acuticona, Jirón Loreto 113 Alto Libertad Cerro Colorado 958156058, jorka_117@hotmail.com

ABSTRACT

The study Sociocultural Characteristics and Their Relationship to the Level of Knowledge on measures for preventing cancer mom in women 30 to 60 years old, was considered the level of relational study, cross-sectional, had as objectives to determine in women 30 to 60 years old sociocultural characteristics and level of knowledge about the prevention of cancer as well as refine and their relationship.

Technique was used as the survey instrument and as a form of questions validated by experts and implemented with 73 women aged 30 to 60 years of consulting the League Against Cancer age.

The data obtained were organized statistically analyzed and interpreted, allowing addressing three conclusions, the first indicates that women 30 to 60 years surveyed in more than half are 31 to 50 years old, come from urban areas have as secondary and tertiary level instrument and as an occupation, work and study. The second shows that the level of knowledge about prevention of breast cancer by over 50% are medium and high. The third reference that gives a direct relationship between the sociocultural characteristics and level of knowledge so be measures preventing breast cancer.

Keywords: Sociocultural Features - Cancer - Breast cancer - prevention - knowledge level.

Datos de las investigadoras

Yamille del Rosario Díaz Cuty, Víctor Andrés Belaunde H-1, 959511937, carabonita71@hotmail.com
Katherine Joseline Ytusaca Acuticona, Jirón Loreto 113 Alto Libertad Cerro Colorado 958156058, jorka_117@hotmail.com

INTRODUCCION

Enfermería cada vez y con mayor convicción considera la importancia de las acciones preventivas como estrategia para lograr mejorar y conservar cualitativa y cuantitativamente la salud de la población para el cambio de actitudes, orientadas hacia el cuidado de su salud y prevención de la enfermedad para así mejorar la cultura de la población en lo que a salud se refiere.

El cáncer es una enfermedad crónica pero prevenible, específicamente el cáncer de mama, cuyo perfil epidemiológico ha aumentado en los últimos años, registrándose una tendencia ascendente, por lo que el prevenirla es una prioridad.

Las intervenciones de Enfermería en la prevención se basan en la educación para la salud, en medidas legislativas para actuar sobre los factores de riesgo ya conocidos y en la obtención de nueva información mediante la investigación.

Otra de las intervenciones que merecen especial atención es la detección precoz, que tiene como objetivo ideal, la detección de las lesiones premalignas. Este tipo de prevención se le considera como estrategia pasiva, en donde el propio paciente es el que consulta cuando lo considera oportuno.

Un tipo especial de estrategia pasiva, basada en la idea de educación sanitaria tendiente a que el paciente se conozca mejor y detecte precozmente posibles alteraciones es el autoexamen de las mamas, método por el cual la propia paciente efectúa un reconocimiento sencillo de las mamas.

La prevención así descrita, no se realiza a cabalidad en muchos sectores de la población, en razón a que las personas, en la diversidad de países como el nuestro presentan diversas y variadas características sociales y culturales, dentro de ellas las más relevantes son: la zona de residencia que no muestra uniformidad en cuanto a niveles culturales, económicos, educativos, entre otros; y por el desconocimiento de las medidas de prevención. En este sentido, el conocimiento como herramienta para obtener capacidad en la realización de actividad y/o comportamiento es necesario para alcanzar una determinada cultura de prevención de las enfermedades en general; en este caso, del cáncer de mama, por lo que las autoras se vieron motivadas de realizar el presente estudio, el que tiene por finalidad

investigar sobre el nivel de conocimientos de las mujeres adultas provenientes de uno de esos sectores pero relacionado a sus características socioculturales. Estudio de campo y relacional que tuvo una duración de 6 meses.

El contenido del estudio se presentan bajo la organización de capítulos en número de tres, el primero contiene el planteamiento teórico, el segundo el planteamiento operacional y en el tercero se toma en cuenta conclusiones, recomendaciones.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de la Investigación

1.1. Enunciado

Características Socioculturales y su Relación con el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de cáncer de mamá en mujeres de 30 a 60 años de edad. Liga de lucha contra el cáncer. Arequipa, 2013.

1.2. Descripción del Problema

a. Campo, Área y Línea

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Enfermería

Línea : Salud de la Mujer

b. Variables

El estudio gira en torno a dos variables:

Primera: Características socioculturales

Segunda: Nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención del cáncer de mama.

Variables	Indicadores	Subindicadores
Primera Características Socioculturales	1. Edad 2. Lugar de Residencia 3. Instrucción 4. Ocupación 5. Estado Conyugal	1.1. < de 30 1.2. 31 a 40 1.3. 41 a 50 1.4. 51 a 60 años 3.1. Urbana 3.2. Periurbana 3.3. Rural 4.1. Primaria 4.2. Secundaria 4.3. Superior 4.4. Sin instrucción 5.1. Ama de casa 5.2. Trabajadora 5.3. Estudiante 5.1. Soltero 5.2. Casada 5.3. Conviviente 5.4. Separada 5.5. Viuda
Segunda Nivel de conocimiento de las medidas de prevención del cáncer de mama	1. Autoexamen de mama 2. Mamografía 3. Ecomamografía 4. Alimentación 5. Control médico	1.1. Alto 1.2. Medio 1.3. Bajo

c. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son las características socioculturales de las mujeres de 30 a 60 años de edad que son atendidas en la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención del que tienen las mujeres de 30 a 60 años de edad que se atienden en la Liga de lucha contra el Cáncer de Arequipa?
3. ¿Qué tipo de relación existe entre las características socioculturales y el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de cáncer de mamá en mujeres de 30 a 60 años de edad que se atienden en la Liga de lucha contra el Cáncer de Arequipa?

d. Tipo y Nivel del Problema

Tipo: De campo

Nivel: Relacional, de corte transversal

1.3. Justificación

Según la Unión Internacional contra el Cáncer, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres, afectando a una de cada 1,214 mujeres.

Constituye un problema de salud pública no sólo por su morbimortalidad, sino también por la discapacidad resultante de su tratamiento.

En nuestro país, durante los años 2006 – 2010, la vigilancia epidemiológica de cáncer ha notificado un total de 7,526 casos de cáncer de mama.¹

El presente estudio es relevante, social y humanamente en el sentido de que el cáncer de mama como enfermedad crónica y a veces irreversible, afecta la integridad de la persona; es decir, en la dimensión biofísica, psicosocial y emocional, ocasionándole limitaciones y hasta cierto punto discapacidad relativa, situación que se extiende a la familia de las pacientes que las portan y por ende a su entorno social, de ahí la necesidad de su prevención.

Asimismo, el estudio de investigación es de relevancia científica, porque permite hacer una revisión bibliográfica extensa de las tendencias, criterios y tecnología actual, sobre la cultura de prevención ginecológica, en especial de cáncer mama y porque con los resultados se va a incrementar los conocimientos respectivos en materia de salud y enfermedad.

El estudio se le considera diversificado en el sentido de que existen trabajos de investigación similares, los que serán en los antecedentes investigativos y el marco teórico.

Motiva a las autoras a realizar el presente estudio para obtener el grado de Licenciada en Enfermería.

¹ Ministerio de Salud. Oficina de Estadística. Región Arequipa. 2007.

2. OBJETIVOS

- A. Determinar las características socioculturales de las mujeres de 30 a 60 años de edad que se atienden en el Consultorio de Ginecooncología de la Liga de lucha contra el Cáncer de Arequipa.
- B. Identificar el nivel de conocimientos sobre las medida de prevención del Cáncer de mama en las mujeres de 30 a 60 años de edad que se atienden en la Liga de lucha contra el Cáncer de Arequipa,
- C. Establecer el tipo de relación que existe entre las características socioculturales y el nivel conocimiento sobre la medida de prevención del cáncer de mama en las mujeres de 30 a 60 años de edad que se atienden en la Liga de lucha contra el Cáncer.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. EL CONOCIMIENTO

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.

El conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: "acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa.

Por otro lado conocimiento es un proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre, tiene carácter histórico y social porque está ligado a la experiencia.²

AFANASTEV define conocimiento como "la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico".³

Mario Bunge los define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser caros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar.

Desde el punto de vista fisiológico, Salazar Bondy, define el conocimiento primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

Entonces se podría concluir que conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje de la persona, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende.

² Carrión, Juan. El Conocimiento. Gestión del conocimiento. Ameluz. España, 2001. Pág. 11

³ Aniozte Hernández, Nicanor. El Origen del conocimiento. Omega. Argentina. 2003. Pág. 3.

3.1.1. Clases de Conocimiento:

- A. Conocimiento Cotidiano o Vulgar:** Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser a metódico, asistemático, el conocimiento se adquiere en la vida diaria: en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres. No explica el "cómo", ni el "porqué" de los fenómenos.
- B. Conocimiento Científico:** Es fruto del esfuerzo, consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico, actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica, pues trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios, hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos, es decir dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.
- C. Conocimiento Filosófico.** Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.
- D. Conocimiento Teológico:** Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica.⁴

3.1.2. Fuente del Conocimiento

Lo constituyen la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no sólo percibe los objetos y fenómenos del mundo, sino influye activamente sobre ellos transformándolas.

⁴ Carrión Juan. Op. Cit. Pág. 15

- **"Teoría del Conocimiento"** Lenin, postuló lo siguiente. "Existen cosas que no dependen de nuestra conciencia, de nuestras percepciones. No existe absolutamente ninguna diferencia entre el fenómeno y la cosa en sí, lo que realmente existe son las diferencias entre lo que es conocido y lo que se desconoce... hay que razonar dialécticamente, es decir, no considerar que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino que está en constante movimiento: de la ignorancia al saber, de lo incompleto a lo completo, de lo inexacto a lo exacto"
- **Formas de adquirir el Conocimiento.** Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de dos formas:
 - **Informal:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
 - **Formal:** Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

3.1.3. Niveles de conocimiento

A. Conocimiento Empírico

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es ametódico y asistemático. Permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario y por lo

mismo a él recurren todos por igual: cineastas, burócratas, voceadores de productos, biólogos, artistas, etc. El conocimiento vulgar no es teórico sino práctico; no intenta lograr explicaciones racionales; le interesa la utilidad que pueda prestar antes que descifrar la realidad. Es propio del hombre común, sin formación, pero con conocimiento del mundo material exterior en el cual se halla inserto. En cuanto al alcance, lo único real es lo que se percibe; lo demás no interesa.

A través del conocimiento empírico el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y surte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas; todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la vida, por su propio esfuerzo o válido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. Su fuente principal son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como "saberes".

Podría quizás catalogarse como subclases del conocimiento vulgar la superstición y la sabiduría popular.

B. Conocimiento Científico

Va más allá del empírico; por medio de él, trascendido al fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Según Karel Kosic, es antes que nada el rigor que pretende imponer a su pensamiento. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano.

El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico. Además, son sus características el desinterés y el espíritu crítico. El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada, con pretensiones de infalibilidad. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de

demostración. La ciencia y el pensamiento científico no toleran las afirmaciones gratuitas. Una afirmación -cualquiera que sea- solo alcanza rango científico cuando es fundamentada.

Ahora bien, entre los muchos rasgos que describen al conocimiento científico es esencial el que éste resulta de una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos, entre "lo endógeno" y "lo exógeno". De otra parte, lo específico del conocimiento científico puede ser nombrado con el término tradicional de "explicación científica", ya que todo producto que se reconozca como "conocimiento científico" debe cumplir como requisito fundamental que culmine en una "explicación científica", o que realice algunas de sus fases preliminares.

C. Conocimiento Filosófico

Se distingue del científico por el objeto y por el método. El objeto de la filosofía son las realidades inmediatas no perceptibles por los sentidos (suprasensibles), que traspasan la experiencia (método racional). Se parte de lo concreto material hacia lo concreto supramaterial, de lo particular a lo universal. El conocimiento filosófico es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. No es algo hecho, acabado. Es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta. La esencia de la filosofía es la búsqueda del saber y no su posesión.

El conocimiento filosófico procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes, pero habilita al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta. En el campo del conocimiento filosófico siempre estarán en juego las categorías de esencia, universalidad, necesidad, fundamental, etc.

D. Conocimiento Teológico


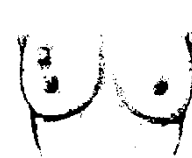
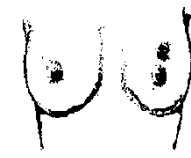
Es un conocimiento revelado, que implica siempre una actitud de fe y ocurre cuando, sobre algo oculto o un misterio, hay alguien que lo manifiesta y alguien pretende conocerlo. El misterio, aquello culto que provoca curiosidad y lleva a la búsqueda, puede estar ligado o datos de la naturaleza, de la vida futura, de la existencia de lo absoluto, etc. Aquel que manifiesta lo oculto es el revelador. Podrá ser el propio hombre o Dios. Aquel que recibe la manifestación tendrá fe humana si el revelador es algún hombre; tendrá fe teológica si es Dios el revelador. El conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por fe teológica constituye el conocimiento teológico. A ese conjunto de verdades el hombre llega, no con el auxilio de su inteligencia sino por aceptación de los datos de la revelación divina. Se vale del argumento de autoridad. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.

3.2. CANCER DE MAMA

No hay una sola causa específica para el desarrollo del cáncer de mama, más bien para que ocurra contribuyen una serie de eventos genéticos, hormonales y, posiblemente, ambientales. Cada vez hay más pruebas de que ciertas alteraciones genéticas están relacionadas con esta enfermedad, si bien aún no se sabe cuáles. Estas alteraciones genéticas incluyen cambios o mutaciones de los genes normales, así como la influencia de proteínas que suprimen o fomentan el desarrollo del padecimiento. Las hormonas esteroides producidas por los ovarios desempeñan una función importante en el cáncer de mama. Se altera el ambiente celular de dos hormonas claves estradiol y progesterona, lo cual puede afectar los factores de crecimiento del cáncer de mama.⁵

⁵Perez-Sánchez, A.: Obstetricia. 2da ed. Edit. Mediterráneo. Chile. 1998. pág 647.

Las masas mamarias más comunes se deben a cambios fibroquísticos, fibroadenomas o tumores malignos. A menudo se necesita biopsia para confirmación, pero las siguientes características son indicios diagnósticos.

Características	Cambios Fibroquísticos	Fibroadenomas	Tumores malignos
Las ilustraciones muestran cómo se puede sentir la masa, debido a que por lo regular no es visible.			
Edad	30-60 regresiones después de la menopausia, excepto tratamiento de estrógeno.	De la pubertad a la menopausia.	30-90 años; más frecuentes entre los 40 y 80 años.
Número	Únicas o múltiple	Por lo regular únicos	Por lo regular únicos.
Forma	Redondas	Redondos, en forma de disco o lobulares.	Irregulares.
Consistencia	De suaves a firmes	Por lo general firmes.	Firmes o duros.
Movilidad	Móviles	Móviles	Pueden estar fijos.
Sensibilidad	A menudo sensibles	No sensibles.	Por lo regular no son sensibles.
Signos de retracción	Ausentes	Ausentes	Pueden estar presentes.

6

3.2.1. Manifestaciones clínicas

El cáncer de mama aparece en cualquier punto de ésta, pero casi siempre se desarrolla en el cuadrante superior externo, donde hay mayor cantidad de tejido. Es más común en la mama izquierda. En general, las lesiones no tienen sensibilidad, más que ser dolorosas, están fijas, más que móviles, son duras, con bordes

⁶Maes Séller.: Registro de Cáncer de Lima Metropolitana (1990-1991). INEN Centro de Investigación en Cáncer. Lima, 1999.

irregulares, más suaves y encapsuladas. El dolor difuso y la sensibilidad que se presenta durante la menstruación en general se relaciona con enfermedades benignas, aunque un dolor marcado puede tener relación con el cáncer de mama en etapa tardía.

Con el uso extendido de la mamografía, más mujeres reclaman tratamiento en las primeras etapas de la enfermedad. En general, no presentan síntomas ni abultamientos palpables, pero la mamografía suele detectar lesiones anormales.

Por desgracia, muchas mujeres en etapas avanzadas de la enfermedad solicitan el primer tratamiento después de ignorar los síntomas. Por ejemplo, requieren tratamiento para retracciones o el aspecto de cáscara de naranja de la piel, que es una alteración provocada por hinchazón derivada de la obstrucción de la circulación linfática en la capa de la dermis. También se hace evidente la retracción del pezón y las lesiones fijas en la pared torácica. La metástasis en piel se manifiesta por lesiones ulcerantes y fungosas. No hay duda de que éstos son signos y síntomas clásicos del cáncer de mama en etapa tardía; sin embargo, cualquier anomalía de la mama despierta sospechas y debe valorarse a la brevedad posible.⁷

3.2.2. Etapas del Cáncer Mamario

Determinar la etapa de un cáncer mamario implica clasificar el padecimiento según su extensión, es importante porque ayuda al equipo de profesionales a recomendar el tratamiento más adecuado, ofrecer una prognosis y comparar los resultados de regímenes de tratamiento alternativos. Para determinar la etapa de la enfermedad se llevan a cabo varias pruebas de sangre y procedimientos de diagnóstico, entre otras: radiografía de tórax, exploración ósea y pruebas de funcionamiento hepático. El sistema más utilizado en clínica es la clasificación TNM (*tumor, nodes, metastasis*), que valora el tamaño del tumor, el número de nodos implicados y la prueba de metástasis alejada.

⁷ LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Confianza. Revista Médica. Año 2, Vol 8-2003. Arequipa, 2003. pág 20

Las etapas patológicas basadas en histología proporcionan un pronóstico más exacto. A continuación se resumen las etapas esenciales:

La etapa I consiste en tumores pequeños, menores de 2 cm, con ganglios linfáticos negativos y metástasis no detectables.

La etapa II consiste en tumores mayores de 2 cm pero menores de 5 cm, con ganglios linfáticos negativos o positivos no fijos y metástasis no detectables.

La etapa III son tumores mayores de 5 cm, o un tumor de cualquier tamaño con invasión a la piel, a la pared torácica o a ganglios linfáticos positivos fijos en el área clavicolar sin prueba de metástasis.

La etapa IV consiste en tumores de cualquier tamaño con nódulos linfáticos positivos o negativos con metástasis distantes.⁸

3.2.3. Tipos de cáncer mamario

Además de los criterios para clasificar por etapas se utilizan otras características patológicas y pruebas de pronóstico para identificar los diferentes grupos de pacientes que se beneficiarían del tratamiento adyuvante. El examen histológico de las células cancerosas ayuda a determinar el pronóstico y favorece la comprensión del avance de la enfermedad.

- a. **El carcinoma ductal infiltrante.** Es el tipo histológico más común y representa el 75% de todos los casos de cáncer de mama. Es notable por su dureza a la palpación. En general, la metástasis es hacia los nodos de la axila. El pronóstico es escaso, en comparación con otros tipos de cáncer.
- b. **El carcinoma lobular infiltrante.** Es raro, representa del 5 al 10% de los casos de cáncer de mama. Respecto del tipo anterior, estos tumores se desarrollan

⁸ CACERES E: La Investigación de Cáncer en el Perú. Acta Cancerológica. Vol. XXII, Nº 1. Perú. 1994.

regularmente en un área de grosor no bien definida. Con mucha frecuencia son multicéntricos; es decir, que en una o en ambas mamas aparecen varias áreas de engrosamiento. Tanto el carcinoma ductual infiltrante como el lobular infiltrante presentan implicación parecida de nodos axilares, aunque los sitios de metástasis distante son diferentes. Los carcinomas ductuales en general se extienden a huesos, pulmones hígado o cerebro, mientras que los lobulares se diseminan hacia superficies meníngeas u otros sitios poco usuales.

- c. **El carcinoma medular.** Equivale a 6% de los cánceres mamarios y crece en una cápsula dentro de un conducto. Este se agranda pero es lento para expandirse, de manera que el pronóstico es favorable.
- d. **El cáncer de mucina.** Es un tipo de carcinoma de los conductos y representa el 3% de los cánceres mamarios. Es productor de moco y también de crecimiento lento; por tanto, su diagnóstico es más favorable que otros tipos de cáncer
- e. **El cáncer de los conductos tubulares.** Es raro y se encuentra en sólo 1.2% de los cánceres. El pronóstico es excelente, ya que no es común la metástasis axilar.
- f. **El carcinoma Inflamatorio.** Es un tipo raro de cáncer mamario (1 al 2%) que produce síntomas diferentes de los otros cánceres. El tumor localizado es sensible y doloroso; la mama es firme y está agrandada de manera anormal. La piel que la cubre es roja y oscura. A menudo hay edema y retracción del pezón. Los síntomas aumentan con rapidez de gravedad y hacen que la mujer busque asistencia más pronto que la que tiene una masa mamaria pequeña. Se disemina a otras partes del cuerpo con rapidez, pero los agentes quimioterapéuticos tienen una función primordial para controlar la evolución de la enfermedad. También se emplean radiación y cirugía para controlar la diseminación.
- g. **La enfermedad de Paget de la mama.** Es una de las formas más raras de cáncer mamario. Los síntomas frecuentes son sensación de calor y prurito; el

tumor puede ser de los conductos o invasivo. A menudo, la masa no se palpa debajo del pezón, donde surge la enfermedad. La mamografía es el único estudio diagnóstico por el que se demuestra el tumor.

“El carcinoma de mama *in situ* se detecta con mayor frecuencia por el amplio uso del mamograma diagnóstico”. Este padecimiento se caracteriza por la proliferación de células malignas dentro de los ductos y lóbulos, sin invasión del tejido circundante. Hay dos tipos: el ductual y el lobular.

Desde el punto de vista histológico, el **carcinoma ductual in situ** se divide en dos subtipos principales, comedón y no comedón. Dada la gran cantidad de dudas en cuanto a que este tipo de carcinoma se convierta o no en cáncer invasivo, el tratamiento más frecuente es la mastectomía, con tasas de curación del 99%. No obstante, el tratamiento de conservación de mama (cirugía limitada y radioterapia) es una opción razonable que debe tomarse en consideración para lesiones localizadas.

El carcinoma lobular *in situ* se caracteriza por la proliferación de células dentro de los lóbulos de la mama. En general, es un hallazgo fortuito, que se localiza en áreas de enfermedad multicéntrica y rara vez se relaciona con cáncer invasivo. Este padecimiento es más frecuente en mujeres jóvenes y puede ser considerado como un **marcador premaligno** (más que una neoplasia) del desarrollo de cáncer de mama.⁹

3.2.4. Pronóstico

Varias características de los tumores de mama contribuyen al pronóstico. En general, mientras más pequeño sea el tumor, mejor será el pronóstico. El carcinoma de mama no es una entidad patológica que se desarrolle de un día para otro. Empieza con una alteración genética de una sola célula. Tiene que reproducirse poco más o menos 16 veces para llegar a medir 1 cm o más y ser clínicamente visible. Si suponemos que le lleve 30 días reproducirse, se necesitaría un mínimo de

⁹ BRUNNER, S. Enfermería Médico Quirúrgica. 9na Ed. (Vol. II) Interamericana. Mc Graw Hill, 2000 Pág. 284.

dos años para que fuera palpable. Si el tiempo de reproducción fueran 210 días, pasarían 17 años antes de que fuera palpable.

Al momento del diagnóstico, aproximadamente el 45% de las pacientes presenta pruebas de metástasis regional o distante. La vía más frecuente de metástasis regional son los nodos linfáticos de la axila. Por ejemplo, la tasa general de sobrevivencia de cinco años es superior al 90% si el tumor se limita a la mama. No obstante, cuando las células cancerosas llegan a los nodos regionales, la tasa general de sobrevivencia de cinco años se reduce a menos de 60%. Otros sitios de metástasis linfática son los nodos supraclaviculares y los internos de la mama. La metástasis distante puede afectar cualquier órgano, pero los sitios más comunes son hueso (71%), pulmones (69%), hígado (65%), pleura (51%), suprarrenales (49%), piel (30%) y cerebro (201.(9)).¹⁰

3.2.5. Tratamiento del cáncer de mama

A. Tratamiento local del cáncer de mama

El objetivo principal del tratamiento local es la erradicación de la presencia local del cáncer. Los procedimientos más utilizados para este tratamiento son la mastectomía con o sin reconstrucción y la cirugía de conservación de mama combinada con radioterapia.

- a. *Mastectomía radical modificada*: extirpación de todo el tejido mamario y los nodos linfáticos de la axila. Los músculos pectorales mayor y menor permanecen intactos.
- b. *Cirugía con conservación de mama*: lumpectomía mastectomía segmentaria o cuadrantectomía, que es la resección del cuadrante de mama implicado y extirpación de nodos de la axila (disección de nodo axilar) para eliminar el tumor, seguida de radioterapia para erradicar la enfermedad residual microscópica.

¹⁰ HOLLIS, R: Preocupaciones que las mujeres tienen y deben al vigilar su Salud. Revista Ginecológica y Obstetricia. Vol. 65. México, 1997.

B. Mastectomía

Antes de la operación, el cirujano planea una incisión que proporcione máxima oportunidad para la extirpación del tumor y los ganglios afectados. Al mismo tiempo se procura evitar que la cicatriz sea visible y restrictiva. El objetivo del tratamiento es mantener o restaurar la función normal de la mano, el brazo y la cintura escapular del lado afectado después de la cirugía. Los colgajos de piel y tejido se manejan de manera meticulosa para asegurar una viabilidad adecuada, hemostasia y drenaje. Si se tiene planeada la cirugía reconstructiva se consulta al cirujano plástico antes de la mastectomía.

Después de eliminar la masa tumoral se ligan los puntos hemorrágicos y la piel se cierra sobre la pared torácica. Se realiza injerto de piel si los colgajos no son de tamaño suficiente para cerrar la herida. Un apósito no adherente permite que el suero y la sangre escapen entre las tiras. Puede aplicarse un apósito de presión. Los tubos de drenaje se colocan en la axila y debajo del colgajo superior de piel, y pueden emplearse dispositivos de aspiración portátiles. El apósito final se mantiene en su lugar con vendas elásticas anchas.

Después de la operación, la paciente experimenta efectos tanto físicos como psicológicos. Puede presentarse una infección o una acumulación de líquido serosanguíneo (seroma) y sangre (hematoma) en el sitio de la incisión. Por otra parte, suele haber trauma nervioso con sensación mamaria fantasma durante la recuperación y varios años después de la mastectomía. La interrupción del drenaje linfático y venoso provoca alteración en la movilidad del hombro y el brazo, así como rigidez en la pared torácica. Psicológicamente, la pérdida de una mama suele resultar en alteración de la imagen corporal y de la autoestima. Otras preocupaciones psicosociales importantes incluyen incertidumbre respecto del futuro, miedo a la recurrencia y repercusiones del cáncer de mama y su tratamiento en la familia y las actividades laborales.

Procedimiento quirúrgico	Descripción
Mastectomía parcial	Relativamente sinónimos para describir la eliminación de cantidades variadas de tejido mamario, incluyendo tejido maligno y algo de tejido circundante. Se disecan ganglios axilares.
Lumpectomía	
Excisión amplia	
Mastectomía de segmentos	Un tipo de mastectomía parcial que puede aproximar un cuadrante. Los ganglios axilares se disecan.
Cuadrantectomía	
Disección de ganglios axilares	Extirpación de algunos ganglios axilares inmersos en grasa para biopsia.
Mastectomía radical modificada	Extirpación de todo el tejido mamario y disección de ganglios axilares.
Mastectomía radical	Extirpación de todo el tejido mamario junto con los músculos pectorales mayor y menor, con disección de ganglios axilares.

C. Radioterapia

La cirugía con conservación de mama suele ir seguida de un curso de radioterapia con haz externo para reducir la posibilidad de recurrencia y erradicar el cáncer residual. Hoy en día, la radiación postoperatoria es rara en casos de mastectomía, si bien anteriormente se utilizaban implantes intersticiales de iridio que requerían dos días de hospitalización para incrementar la irradiación en el sitio del tumor original. En la actualidad, los tratamientos externos con haz de electrones sustituyen en gran medida la implantación intersticial. La radiación externa producida por un acelerador lineal mediante fotones se administra diariamente durante 4.5 semanas en toda la región mamaria. Además, se prescribe una dosis de radiación concentrada o "sobrealimentación" en el sitio del tumor primario mediante electrones. Antes de la radiación, las pacientes pasan por una sesión preparatoria que servirá de modelo para los tratamientos diarios. Se marca con tinta indeleble el tejido mamario por irradiar. Las pacientes deben ser tranquilizadas respecto del procedimiento; además, se les proporcionan las instrucciones específicas sobre el cuidado necesario relacionado con los efectos colaterales y su tratamiento.

- **Reacción posterior a la radiación.** En general, la radioterapia es bien tolerada y sus efectos colaterales son temporales. Estos consisten en reacción cutánea moderada y fatiga. La fatiga se presenta con la radiación por lo regular dos semanas después del tratamiento y dura varias más después de terminarlo; puede ser deprimente, así como los viajes frecuentes a la clínica de oncología. La paciente necesita consuelo en cuanto a que la fatiga es normal y no es un signo de recurrencia. Las complicaciones probables incluyen neumonitis, fractura de costillas y fibrosis mamaria.
- **Enseñanza a la paciente.** Las indicaciones de autocuidado en este momento tienen como finalidad mantener la integridad de la piel e incluyen lo siguiente: uso de jabón suave con frote mínimo, evitar jabones perfumados o desodorantes, usar lociones para la resequedad, y jabón neutro si hay prurito, evitar la ropa ajustada y sostenes con base de alambre, así como temperaturas excesivas o luz ultravioleta.

Se siguen aplicando las normas generales para el cuidado de la piel en casos de radiación. Las pacientes suelen observar un enrojecimiento cada vez mayor y, rara vez, deterioro de la piel en el "sitio de sobrealimentación". Los aspectos importantes de los cuidados incluyen enseñarles a reducir al mínimo la exposición al sol del área tratada durante un año y asegurarles que el dolor punzante en el pecho es una reacción normal después de la radioterapia.

D. Reconstrucción

Después de la mastectomía, algunas mujeres deciden someterse a cirugía reconstructiva, que brinda beneficios psicológicos importantes. Los grupos de soporte proporcionan a quienes están interesadas en la reconstrucción de la mama información y apoyo a través de mujeres que han pasado por la misma experiencia. Algunas de sus inquietudes son costo, seguridad y oportunidad:

hacerlo de inmediato (al momento de la mastectomía) o esperar (de seis meses a un año después de la cirugía). El costo para la paciente varía en función de su seguro, pero como la reconstrucción se considera como cirugía de rehabilitación, con frecuencia la cubre.

En cuanto a la seguridad, en general presenta los riesgos normales de una cirugía: infección, reacción potencial a la anestesia y resultados estéticos no satisfactorios. Hoy en día se están desarrollando criterios de selección de pacientes que sufren de cáncer de mama para reducir los riesgos de recurrencia. Por ahora, algunos especialistas recomiendan demorar la reconstrucción

de uno a dos años después de la quimioterapia o la radioterapia o seis meses después de la cirugía. Si una mujer decide someterse a cirugía reconstructiva al momento de la mastectomía, evita intervenciones futuras, aunque se alargue el tiempo operatorio total. Algunas mujeres han notado que la reconstrucción inmediata reduce los sentimientos de pérdida y desfiguración. En ocasiones, no se hace la reconstrucción debido a que los músculos y la piel están demasiado tirantes. La piel suelta y flexible y el tejido subcutáneo con abastecimiento suficiente de sangre contribuyen al éxito de la reconstrucción. Algunas mujeres se benefician si se esperan hasta más adelante si no están seguras de su elección desde el principio.

No todas las mujeres desean la reconstrucción, ni tampoco es recomendable para todas, en cuyo caso se les debe informar sobre las prótesis externas y los lugares donde pueden adaptarles dichos dispositivos. Las opciones de tratamiento se resumen en el siguiente cuadro.

E. Tratamiento sistémico del cáncer de mama

Para erradicar la micrometástasis de la enfermedad se administra quimioterapia. Si bien el tratamiento se inicia una vez efectuada la mastectomía, no hay un procedimiento estándar para determinar la secuencia de las sesiones de

quimioterapia cuando las pacientes han sido sometidas a cirugía con conservación de mama y radioterapia. En ciertos casos se administran varios ciclos antes de iniciar las radiaciones; los últimos ciclos de quimioterapia se administran una vez terminadas éstas. En otros casos, la quimioterapia no se empieza hasta que finaliza el curso de la radioterapia. Investigaciones clínicas en curso ayudarán a determinar qué tipo de tratamiento produce mejores resultados.

Los regímenes de quimioterapia para el cáncer de mama combinan diversos agentes que incrementan la destrucción de las células cancerosas y reducen al mínimo la resistencia a los medicamentos. Los agentes quimioterapéuticos que más se utilizan combinados son: citoxan (C), metotrexato (M), fluorouracilo (F) y adriamicina (A). Un protocolo de tratamiento usual es CMF o CAF. No tan comunes son CMFVP (citoxan, metotrexato, fluorouracilo, vincristina y prednisona). El protocolo quimioterapéutico depende de la edad de la paciente, el estado de la enfermedad y de si forma parte de un experimento clínico.

Una respuesta común de quienes tendrán que someterse a una quimioterapia es la ansiedad anticipativa. No obstante, hoy en día los efectos colaterales del tratamiento pueden ser manejados en forma adecuada y muchas mujeres continúan con su rutina cotidiana y su trabajo. Esto se debe en gran medida a la meticulosa preparación psicológica y a la profusa información que proporcionan a la paciente y a sus familiares las enfermeras especializadas en oncología, los trabajadores sociales y los demás miembros del equipo de profesionales de la salud.

Los efectos colaterales más comunes de la quimioterapia para el cáncer de mama son náuseas, vómito, cambios en el gusto, alopecia (caída del cabello), mucositis, dermatitis, fatiga, aumento de peso y depresión de médula ósea.

Son efectos colaterales menos comunes la cistitis hemorrágica y la conjuntivitis. Si bien se desconocen las causas, aproximadamente la mitad de las pacientes aumentan más de 5 kg de peso. Se ha demostrado que los ejercicios aeróbicos practicados durante la quimioterapia reducen el aumento de peso; la sensación de bienestar derivada del ejercicio y los efectos de éste que contrarrestan la ansiedad también son favorables para la paciente.

Los efectos colaterales varían según el agente quimioterapéutico empleado; la adriamicina puede ser tóxica al tejido si se infiltra fuera de una vena, de manera que por lo regular se diluye y se utiliza sólo en una vena grande. Suelen presentarse náuseas y vómito. Los antieméticos y tranquilizantes proporcionan alivio, así como las técnicas de fantasías y ejercicios de relajación. La adriamicina produce alopecia. Si la mujer obtiene una peluca antes de la pérdida del cabello, evita en alguna medida el traumatismo cuando esto suceda. La paciente necesita estar segura de que le volverá a crecer el cabello cuando termine el tratamiento, si bien el color y la textura del mismo podrían variar. La American Cancer Society ofrece un programa conocido como "Verse mejor, sentirse mejor" que proporciona sugerencias cosméticas útiles durante la quimioterapia.

Los puntos que deben destacarse en la enseñanza para reducir la pérdida del cabello incluyen:

- a. Evitar el lavado diario.
- b. Utilizar un champú ligero a base de proteínas con acondicionador cada cuatro a siete días; enjuagar de manera minuciosa y secar con delicadeza.
- c. Dejar que el cabello se seque solo; los secadores eléctricos, tubos y tenazas fomentan la pérdida de cabello.
- d. No cepillar el cabello; utilizar un peine de dientes anchos. Se sugiere el uso de lápiz para cejas o pestañas postizas si la pérdida de cabello afecta el área de los ojos.

F. Tratamiento Hormonal

Las decisiones para el tratamiento hormonal del cáncer mamario se basan en el índice de receptores de estrógeno progesterona; se realiza un análisis del tejido tumoral tomado al momento de la biopsia original. El tejido requiere cuidado especial y un laboratorio con experiencia en las técnicas adecuadas de valoración. Un tejido mamario normal contiene sitios receptores de estrógeno; sin embargo, alrededor de una tercera parte de los tumores malignos mamarios son dependientes de estrógeno.

El tratamiento hormonal puede ser ablativo o aditivo. El ablativo incluye eliminación de glándulas endocrinas que producen hormonas (p. ej., ovario, hipófisis o glándulas suprarrenales). La ooforectomía es una opción de tratamiento para premenopáusicas con tumores dependientes de estrógeno.

El principal tratamiento hormonal que se utiliza en la actualidad para tratar el cáncer de mama es el tamoxifén. Otros agentes hormonales como megestrol, dietilestilbestrol, fluoximesterona y aminoglutetimida se prescriben para suprimir los tumores hormono-dependientes.

G. Trasplante de médula ósea

Dado que la dosificación de la quimioterapia y la radioterapia se limitan por su grado de toxicidad para la médula ósea, cada vez son más comunes los trasplantes de ésta. Algunas investigaciones indican que los trasplantes autólogos inducen una respuesta de 50 a 80% de las mujeres, de las cuales el 30% tiene una respuesta completa para varios años (Antman y Gale, 1988). En un principio, las tasas de mortalidad derivadas de los trasplantes autógenos eran altas debido a la sepsis, pero el uso actual de factores de crecimiento para estimular a la médula ósea ha producido una declinación general en la mortalidad. El procedimiento implica extraer médula ósea de la paciente y

administrar a continuación dosis altas de quimioterapia. Después, se infunde por vía intravenosa la médula ósea de la paciente libre de los efectos de la quimioterapia. Este procedimiento altamente especializado en general se lleva a cabo en centros especializados en trasplantes; además, durante el curso del tratamiento la paciente recibe preparación, educación y apoyo específico.

H. Modalidades de tratamiento para el futuro

Se está investigando el desarrollo de agentes quimioterapéuticos para modificar la resistencia a multifármacos, así como de agentes que incrementen o modifiquen la quimioterapia estándar. Las investigaciones sobre el tratamiento y la prevención del cáncer de mama incluyen las siguientes áreas: oncogenes (genes tumorales que controlan el crecimiento de las células), factores de crecimiento (sustancias liberadas por las células cancerosas para favorecer el crecimiento) y anticuerpos monoclonales (anticuerpos sintéticos que combaten las células cancerosas). Los modificadores de la respuesta biológica (p. ej., interferón u otras sustancias que elevan la respuesta del sistema inmune del organismo) podrían llegar a ser una forma de tratamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Las enfermeras oncológicas que asistan a las pacientes que reciben quimioterapia desempeñan un papel importante en la atención de las pacientes que tienen problemas con los efectos colaterales del tratamiento. Se debe alentar a la paciente a que utilice medicamentos para limitar las náuseas, el vómito y las llagas bucales. La enfermera debe hacer una lista de proveedores de pelucas de la región de residencia de la paciente y familiarizarse con el uso de cintas de adorno para el pelo y turbantes para reducir las molestias originadas por la pérdida de cabello. El tiempo que se dedica a explicar los efectos colaterales y las soluciones posibles alivia un poco la ansiedad de la paciente que no se atreve a hacer preguntas. Como muchas pacientes padecen

estrés por las preocupaciones económicas y el tiempo que permanecen lejos de la familia, el apoyo de enfermería y la enseñanza pueden evitar trastornos emocionales graves durante el tratamiento.

La quimioterapia suele ejercer efectos negativos en la autoestima de la paciente, su sexualidad y su bienestar, que combinados con el estrés derivado del diagnóstico de una enfermedad potencialmente letal, llegan a ser devastadores. No obstante, en la actualidad, la mayoría de las mujeres que padecen cáncer de mama son tratadas en un ambiente multidisciplinario, además de que tanto ellas como sus familiares cuentan con numerosos apoyos de la comunidad y de grupos de orientación. Los aspectos asistenciales más importantes son la comunicación, grupos de apoyo, motivación para que haga preguntas y, más que nada, fomentar su confianza y fe en quienes le brindan asistencia profesional. Se debe dedicar tiempo suficiente para platicar con la paciente durante las visitas clínicas. Cuanto más informada esté acerca de los efectos colaterales de la quimioterapia y cómo manejarlos, será más capaz de anticiparse y hacerles frente.

3.3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

3.3.1. Factores de riesgo

Aun cuando no se conocen bien las causas específicas del cáncer de mama, los investigadores han identificado varios factores de riesgo que son importantes para ayudar a desarrollar programas preventivos. No obstante, se debe tener en mente que en cerca del 60% de los diagnósticos de cáncer de mama no hay más factores de riesgo identificables que su ambiente hormonal. De esta manera, se considera que todas las mujeres durante toda su vida, están en riesgo de desarrollar este padecimiento. Sin embargo, identificar los factores de riesgo proporciona un medio para detectar a las mujeres que podrían verse beneficiadas por una mayor vigilancia y un tratamiento oportuno. Por otra parte,

profundizar en la investigación de los factores de riesgo ayudará a desarrollar estrategias efectivas para evitar o modificar el cáncer de pecho en el futuro.

Entre los más principales se tienen:

- a. **Antecedentes personales.** El riesgo de desarrollar cáncer de mama se incrementa en el 1% anual.
- b. **Hijas o hermanas (relación de 1er. grado) de mujeres con cáncer de mama.** El riesgo se incrementa dos veces si la madre fue afectada por el padecimiento antes de los 60 años; el riesgo se incrementa de cuatro a seis veces sí ocurrió en dos familiares en primer grado.
- c. **Menarquia temprana.** El riesgo del cáncer de mama se incrementa en mujeres cuya menstruación se inició antes de los 12 años.
- d. **Nuliparidad y primer embarazo tardío.** Las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 30 años corren el doble de riesgo de desarrollar cáncer de mama que las que lo tuvieron antes de los 20 años.
- e. **Menopausia tardía.** La menopausia después de los 50 años incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Por el contrario, el riesgo de las que fueron sometidas a ooforectomía bilateral antes de los 35 es de un tercio.
- f. **Antecedentes de enfermedad de mama benigna.** Las mujeres que presentaron tumores de mama con cambios epiteliales proliferativos corren el doble de riesgo; si sufrieron hiperplasia atípica, el riesgo es cuatro veces mayor.
- g. **La exposición a radiación ionizante** después de la pubertad y antes de los 30 duplica el riesgo.
- h. **Obesidad,** leve riesgo en mujeres posmenopáusicas. No obstante, las mujeres obesas a quienes se diagnostica la enfermedad presentan una tasa de mortalidad más alta, con mucha frecuencia relacionada con diagnósticos tardíos.

- i. Anticonceptivos orales.** En las mujeres que los han tomado se incrementa el riesgo; no obstante, el riesgo se reduce rápidamente una vez que dejan de usarlos.
- j. Tratamiento de sustitución de hormonas.** Los informes son contradictorios, mujeres de edad que toman complementos de estrógeno durante largo tiempo (de 10 a 15 años) corren un riesgo mayor. Si bien agregar progesterona a los sustitutos de estrógeno reduce la incidencia de cáncer del endometrio, no sucede lo mismo con el cáncer de mama.
- k. Ingestión de alcohol.** El riesgo se incrementa ligeramente en las mujeres que beben aunque sea una copa diaria. El riesgo se duplica si beben tres veces diariamente. En países en que se ingiere vino con regularidad (p. ej., Francia e Italia), la tasa es ligeramente más elevada. Algunas investigaciones sugieren que las mujeres jóvenes que ingieren alcohol son más vulnerables más adelante.¹¹

En algún momento se pensó que la dieta rica en grasas incrementaba el riesgo de contraer cáncer de mama. Estudios epidemiológicos de mujeres estadounidenses y japonesas mostraron una frecuencia cinco veces mayor entre las estadounidenses. Entre las japonesas inmigradas a Estados Unidos, las tasas eran parecidas a las de su contraparte. Estudios recientes de cohortes muestran una relación débil o no concluyente entre la dieta rica en grasas y el cáncer de mama. No obstante, como la grasa está relacionada con el cáncer de colon y las cardiopatías, las mujeres se benefician si se les enseña a reducir la ingestión calórica derivada de la grasa.

Recientemente, los implantes de silicones en el pecho estuvieron relacionados con contracción capsular fibrosa y ciertos trastornos inmunes, pero no hay pruebas que incrementen el riesgo de cáncer de mama.

¹¹ Pérez Sánchez. Op Cit. Pág. 702

3.3.2. Medidas Preventivas

A. EXAMEN DE LA MAMA

- **Glándula mamaria femenina**

El examen de la mama femenina se efectúa en cualquier examen físico o ginecológico, o siempre que la paciente se presente con sospecha, queja o temor de un trastorno mamario. Se recomienda un examen mamario profesional por lo menos cada tres años para mujeres entre 20 y 40 años, y después cada año. Un examen mamario completo y minucioso que incluya capacitación para autoexamen se realiza en 5 min, más o menos.

a. Inspección. El examen empieza con la inspección. La paciente se desnuda hasta la cintura y se sienta en una posición cómoda frente al explorador, con las manos sobre el regazo. Se inspeccionan los senos en cuanto a tamaño y simetría. Es común y normal detectar una diferencia pequeña en el tamaño de las dos glándulas. También se observan color, engrosamiento de la piel o edema y sistema venoso. El eritema (enrojecimiento) puede denotar inflamación local o invasión linfática superficial por una neoplasia. Es probable que la elevación del patrón venoso señale aumento del aporte sanguíneo por demanda del tumor; el edema y las foveas en la piel causados por bloqueo del drenaje linfático debido a una posible neoplasia dan a la piel en ocasiones un aspecto de cáscara de naranja (*peaud'orange*), si no clásico de cáncer mamario avanzado.

Aunque los pezones varían en cada paciente, son parecidos en tamaño y forma. Es común una ligera inversión de uno o ambos pezones, y es un dato importante sólo cuando es de origen reciente. Las úlceras, erupciones o supuración del pezón requieren evaluación. Para descartar los "hoyuelos" o

retracciones que de otra manera pasarían inadvertidos, el examinador indica a la paciente que suba los brazos sobre su cabeza. Esta maniobra eleva las dos glándulas mamarias en forma simultánea; a continuación, se le dice que coloque sus manos en la cintura y empuje. Estos movimientos, que causan contracción de los músculos pectorales, no alteran el contorno mamario o dirección de los pezones. Cualquier hoyuelo o retracción durante estos cambios de posición sugiere un probable tumor maligno. Las regiones claviculares y axilar se inspeccionan y palpan en busca de inflamación, pigmentación, lesiones o agrandamiento de ganglios linfáticos.

b. Palpación. La palpación de las axilas y zonas claviculares se realiza fácilmente con la mujer sentada. Para estudiar los ganglios linfáticos axilares, la mano del explorador separa con suavidad el brazo de la paciente, del tórax. Se toma el antebrazo izquierdo de la mujer y se apoya en la mano izquierda del operador. De esta manera, queda libre la mano derecha para palpar la axila en búsqueda de ganglios que pudieran estar contra la pared torácica. Se usan las yemas de los dedos para palpar con delicadeza las zonas de ganglios centrales, laterales, subescapulares y pectorales. En situaciones normales no son palpables; se intenta definir si están agrandados y, de ser así, su tamaño, situación, movilidad, consistencia y dolor a la palpación.

Se pide a la mujer que se coloque en decúbito en la mesa de exploración. Antes de palparle los senos, eleva el hombro sobre una pequeña almohada para equilibrar el seno sobre la pared del tórax. El no hacer esto permite que el tejido mamario caiga en sentido lateral, y la masa se pierde en el tejido engrosado. La palpación suave y ordenada incluye toda la superficie de la mama y la "cola" o prolongación de Spence. El explorador puede, según su voluntad, realizar el estudio en sentido anterógrado, siguiendo círculos

concéntricos imaginarios desde los límites externos de la mama hacia el pezón. Otro método aceptable es palpar según cada número del reloj hacia el pezón y en dirección retrógrada o por líneas verticales imaginarias en la mama.

Durante la palpación se notan la consistencia del tejido y la presencia de sensibilidad o masas; si se descubre una masa se describe según su localización (p. ej., mama izquierda a 2 cm del pezón en la posición que indica las 2:00 en el reloj). En la descripción se incluyen tamaño, forma, consistencia, delineamiento del borde y movilidad. Por último, se comprime con suavidad la aréola alrededor del pezón, para advertir si sale o no alguna secreción anormal.

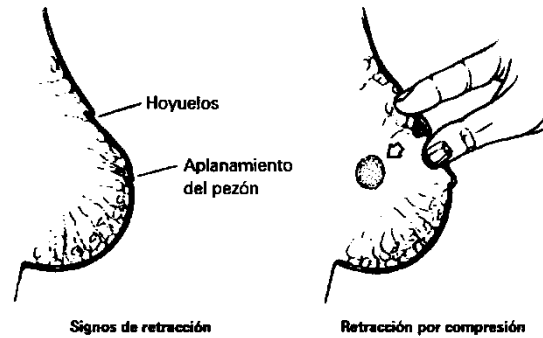
El tejido mamario de las adolescentes es firme y lobular, en tanto que el de posmenopáusicas es granuloso y "acordonado". Durante el embarazo y la lactancia los senos son más grandes y firmes, y los lobulillos están más demarcados. La aréola por lo regular se oscurece durante el embarazo debido a los cambios hormonales. Los quistes son un hallazgo frecuente durante la menstruación y, por lo general, están perfectamente definidos y móviles. Antes de la menstruación aumentan de mayor tamaño y son más dolorosos. Los cánceres, por otra parte, tienden a ser duros, de límites indefinidos, fijos a la piel o tejido subyacente, y a menudo no duelen al palparlos. El médico ha de valorar toda anomalía detectada durante la inspección y la palpación.

CUADRO N° 1

HALLAZGOS ANORMALES EN LA MAMA

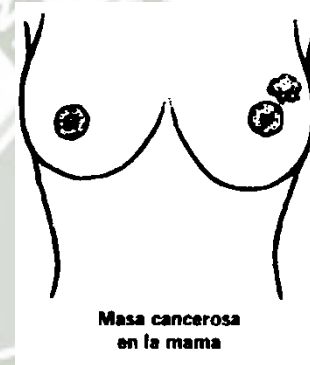
Signos de retracción

- Entre otros, hoyuelos, arrugas o cambios en el contorno de la mama o el pezón.
- Secundarios o fibrosis o formación de tejido de cicatrización en la mama.
- Los signos de retracción suelen observarse sólo con cambios de posición o a la palpación



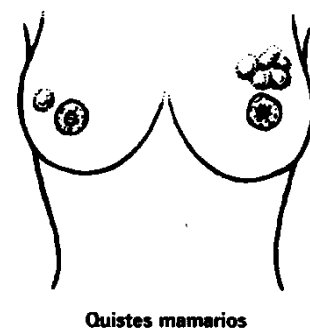
Masa cancerosa en mama (tumor maligno)

- En general se desarrolla como una sola masa (abultamiento) en una de las mamas.
- Por lo general no es sensible.
- Forma irregular.
- Firme, dura, incrustada en el tejido circundante.
- Para diagnóstico definitivo, remitir al especialista y hacer biopsia.



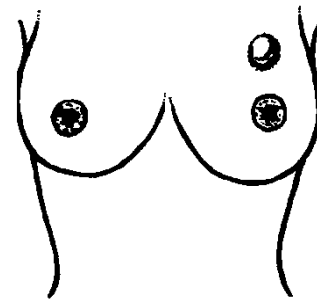
Quiste de mama (masa benigna o enfermedad fibroquística)

- Ocurre como uno o varios abultamientos en una mama o en ambas.
- En general presentan sensibilidad (la sensibilidad se reduce absteniéndose de ingerir cafeína); la sensibilidad se incrementa durante el periodo premenstrual.
- Forma redondeada.
- Suave o firme, movable.
- Para diagnóstico definitivo, remitir al especialista y hacer biopsia, especialmente en el caso de la primera masa; con el tiempo, las sustancias serán evaluadas por un especialista.



Fibroadenoma (abultamiento benigno de la mama)

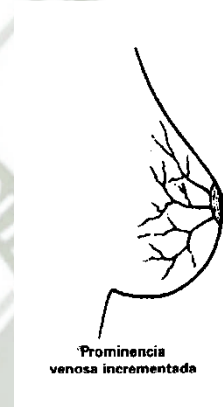
- En general se presenta como una sola masa en mujeres de 15 a 35 años.
- En general no presente sensibilidad.
- Redondeada o lobular.
- Firme, móvil, no adherida a tejido mamario o pared torácica.
- No provoca cambios premenstruales.
- Para diagnósticos o definitivo, remitir a especialista y hacer biopsia.



Fibroadenoma

Prominencia venosa creciente

- Relacionada con cáncer de mama si es unilateral.
- Incremento unilateral localizado en patrón venoso relacionado con tumores malignos.
- Normal con crecimiento de mama relacionado con embarazo y lactancia si es bilateral y con simetría bilateral.



Prominencia venosa incrementada

Cáscara de naranja (edema)

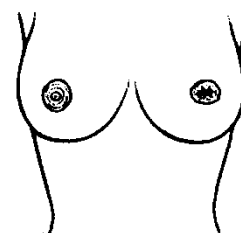
- Relacionada con cáncer de mama.
- Provocada por interferencia con drenaje linfático.
- La piel de la mama tiene aspecto de piel de naranja.
- Crecimiento de los poros.
- Suele ser observable en la aréola.
- La piel se engruesa, endurece e inmoviliza.
- La piel suele decolorarse.



Cáscara de naranja

Inversión del pezón

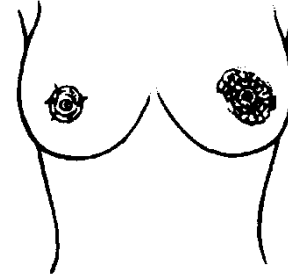
- Se considera normal si es de larga duración
- Si es de desarrollo reciente se relaciona con fibrosis y neoplasia.



Inversión del pezón

Mastitis aguda (inflamación de la mama)

- Relacionada con lactancia, pero puede presentarse a cualquier edad.
- Se observan grietas o abrasiones en el pezón.
- La piel de la mama se enrojece y se caliente al tocar.
- Los signos sistémicos incluyen fiebre y aceleración del pulso.



Enfermedad de Paget

Enfermedad de Paget (neoplasia de ductos mamarios)

- Primeros signos: eritema en pezón areola.
- Signos tardíos: engrosamiento, descamación y erosión del pezón y la areola.

- **Autoexamen de la mama**

Como las propias mujeres detectan muchos cánceres mamarios, se otorga gran prioridad a enseñarles cómo y cuándo examinar sus mamas. Se calcula que sólo 25 a 30% de ellas realizan el autoexamen adecuado y regular cada mes. Las mujeres más jóvenes, que suelen tener abultamientos normales en la mama, lo encuentran particularmente difícil. Aun las mujeres que llevan a cabo el autoexamen se demoran en solicitar atención médica por miedo, factores económicos, falta de educación, renuencia a tomar medidas si no hay dolor, factores psicológicos y modestia.

Los partidarios del autoexamen argumentan que la mayor parte de las lesiones las detecta la paciente misma, por lo que consideran que dicho examen es importante para descubrir el cáncer mamario cuando se inicia. Por otra parte, otros consideran que los abultamientos detectados mediante autoexamen son hallazgos fortuitos, y que no hay estudios concluyentes que demuestren que de esta manera se reduce la mortalidad por cáncer mamario. No obstante, sigue siendo un factor importante para la conservación de la salud que pueden aprender y practicar todas las mujeres.

La enfermera goza de una posición privilegiada para informarlas e instruir las sobre los beneficios del autoexamen regular y la importancia de solicitar atención médica cuando se encuentran abultamientos.

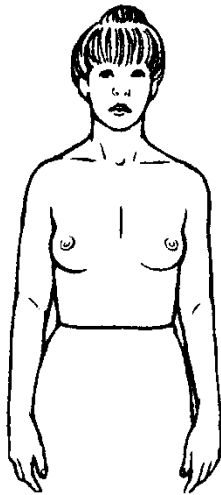
Fuentes para la enseñanza del autoexamen mamario. Hay varias estrategias de enfermería que aumentan la motivación para realizar el autoexamen, y entre ellas se considera el compromiso personal para esta práctica por parte de la enfermera. Se pueden obtener películas sobre el autoexamen en las agencias locales de la American Cancer Society. La enseñanza de la paciente se describe con mayor detalle en el Cuadro N° 2. El programa de autoexamen en el hospital del National Cancer Institute en Bethesda, Maryland, ofrece información y auxiliares de enseñanza para las enfermeras hospitalarias con el fin de que instruyan a las pacientes acerca del autoexamen y el cáncer mamario. Otra fuente es la National Alliance for Breast Cancer Organizations, dedicada a la recopilación de información sobre cáncer mamario para no especialistas.

El momento óptimo para el autoexamen es entre los días cinco y 10 del ciclo menstrual, que se cuenta desde el primer día de la menstruación como día uno. Si la mujer es posmenopáusicas se le insta a que examine sus mamas el primer día de cada mes para motivar la regularidad y constancia.

A todas las pacientes que se someten a la mastectomía se les indica de manera cuidadosa el autoexamen de la mama remanente; también se palpa el sitio de incisión para detectar cualquier nódulo, que indica recurrencia de la enfermedad.

CUADRO N° 2

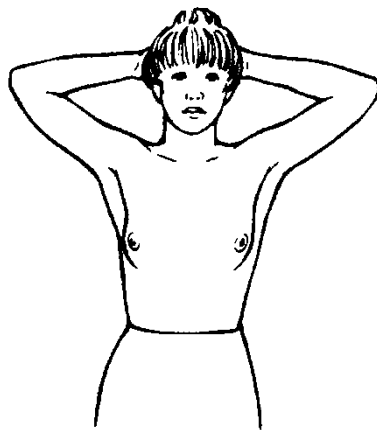
ENSEÑANZA A LA PACIENTE: AUTOEXAMEN DE LA MAMA



Paso 1

1. Pararse frente al espejo.
2. Observar ambas mamas en caso de cualquier cosa poco común.
3. Buscar supuración de los pezones, pliegues, hoyuelos, o escaras de la piel.

Los dos pasos siguientes sirven para verificar cualquier cambio en la forma o contorno de sus mamas. Al hacerlo, debe ser capaz de sentir que aprieta los músculos torácicos.

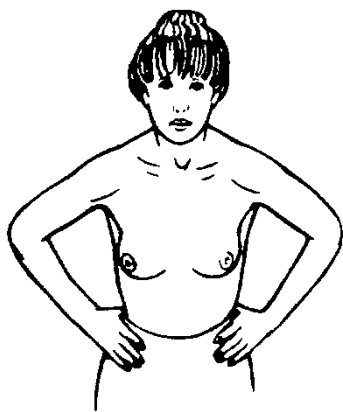


Paso 2

1. Observar de cerca en el espejo, unir las manos detrás de la cabeza y presionar hacia adelante.
2. Observe cualquier cambio en el contorno de las mamas.

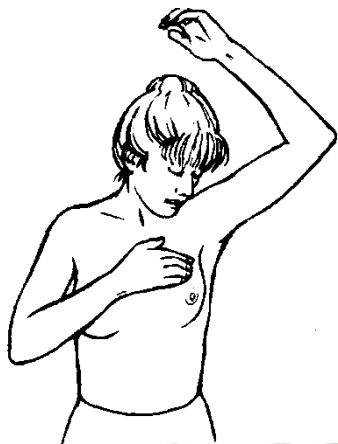
Paso 3

- a. A continuación, presione sus manos con firmeza en la cadera e inclínese ligeramente hacia el espejo a medida que empuja sus hombros y codos hacia adelante.
- b. Observe cualquier cambio en el contorno de las mamas.



Algunas mujeres hacen la siguiente parte del examen en la ducha, pues sus dedos se deslizan con mayor facilidad en la piel enjabonada, de manera que puede concentrarse en sentir los cambios dentro de la mama.

Paso 4



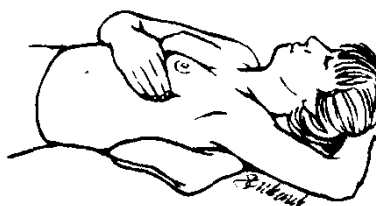
1. Eleve su brazo izquierdo.
2. Utilice tres o cuatro dedos de su mano derecha y sienta su mama izquierda con firmeza, con cuidado y de manera minuciosa.
3. Empiece en el borde externo, presione la parte plana de sus dedos en círculos pequeños, moviendo los círculos con lentitud alrededor de la mama.
4. Mueva de manera gradual hacia el pezón.
5. Asegúrese de cubrir toda la mama.
6. Ponga atención especial al área entre la mama y la parte inferior del brazo, incluyendo la región de la axila.
7. Sienta cualquier masa poco común o bajo la piel.

Paso 5



1. Exprima ligeramente el pezón y vea si hay supuración.
2. Si se presenta cualquier supuración durante el mes, durante el autoexamen o sin éste, visite a su médico.
3. Repita el examen en su mama derecha.

Paso 6



1. Los pasos 4 y 5 se repiten en posición horizontal.
2. Acuéstese de espaldas, con el brazo izquierdo sobre su cabeza y una almohada o toalla doblada bajo el hombro del mismo lado. (Esta posición aplana la mama y hace más fácil la observación)
3. Utilice el mismo movimiento circular descrito anteriormente.
4. Repita en la mama derecha.

(Qué necesita saber acerca del cáncer mamario. U.S. Department of Health and Jean Services, Public Health Service, National Institutes of Health, Bethesda, MD. 1999.)

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- 4.1. **Mallqui Peralta, Tatiana y Valdez Pacheco, Rosario.** Arequipa (2002) investigaron sobre la “Actitudes de las pacientes hacia el Autoexamen de Mama, Centro de Salud de Hunter”, llegando a las siguientes conclusiones: Que habiendo realizando el estudio de investigación con una muestra de 300 mujeres de diversas edades, más de la mitad de las mujeres tenían un grado de instrucción secundaria o superior. Que, un 3% referían no tener conocimiento acerca del cáncer de mama, un 35% no sabían sobre el autoexamen de mama y que un 40% lo practicaba esporádicamente, lo que demostró que el conocimiento es insuficiente en la población.
- 4.2. **Quispe C. Arequipa (2001)** en su estudio la influencia de los conocimientos y actitudes en la Práctica del Autoexamen de mama en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UNSA, concluyó que los conocimientos eran regulares, sin embargo las actitudes mostraron poco acuerdo, es decir que a pesar de que las estudiantes conocían acerca de la técnica, muy pocas estudiantes (13%) lo practicaban adecuadamente.
- 4.3. **Abarca Arias, Arroyo Gonzales. Arequipa (2004)** realizaron el estudio acerca de la Educación para la Salud en la Prevención de Cáncer de mama en estudiantes del Colegio Nacional Micaela Bastidas. Concluyeron es directamente proporcional entre la aplicación de un programa educativo y los cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos en la población adolescente femenina sobre la prevención de cáncer a la mama.
- 4.4. **Peña Nieves, C. Arequipa (1999)** realizó un estudio acerca de la actitud y comportamiento de los profesionales de la salud hacia el autoexamen de mama en el Hospital Regional Honorio Delgado y concluyó que el 41.8% de los profesionales de salud encuestados perciben que tienen susceptibilidad personal para desarrollar cáncer de mama, un 68.3% tienen regulares conocimientos acerca de la enfermedad.

5. HIPÓTESIS

Dado que las características socioculturales y cognitivas son determinantes en los estilos de vida saludable de las personas.

Es probable que exista una relación directa entre las características socioculturales, edad, lugar de residencia, instrucción y el nivel de conocimientos acerca de las medidas de prevención del cáncer de mama en las mujeres de 30 a 60 años atendidas en la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica

La técnica utilizada fue la Encuesta

1.2. Instrumento

Como instrumento se usó un Formulario de Preguntas, previamente elaborado, el que fue validado mediante expertos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El presente estudio se realizó en la Provincia y Departamento de Arequipa e institucionalmente, en la Liga de Lucha contra el Cáncer. Con sede en la Urbanización Álvarez Tomás E-10,

La Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer es una entidad de benéfico social, sin fines de lucro que de forma organizada y gratuita trabajan a favor de la colectividad para combatir este mal.

Realiza una labor humanitaria para desarrollar y estimular procesos de concientización y educación tendientes a crear una cultura de la salud enfocada

en el autocuidado y prevención.

Tiene como Visión Proporcionar o brindar servicios de calidad con implementación con equipos de última generación que contribuyan a conseguir una disminución de incidencia de cáncer.

Su principal objetivo es Brindar servicio de detección temprana de cáncer a bajo costo.

Cuenta con los servicios de: Cirugía Medica, Oncología, Rayos X, Colposcopia, Mamografía, Ecografía, Endoscopia Digestiva, Laboratorio, Psicología.

2.2.Ubicación Temporal

- El estudio se realizó en los meses de Setiembre a Diciembre del 2013

2.3.Unidades de Estudio

Las unidades de investigación estuvieron conformadas por las mujeres de 30 a 60 años de edad, que se atienden en la Liga de Lucha contra el Cáncer en el período de setiembre a diciembre.

2.3.1. Universo

Son las mujeres de 30 a 60 años de edad consultantes en los meses de setiembre a diciembre, teniendo como número mensual promedio de consultantes 25 haciendo un total de 100

2.3.2. Muestra

Para la selección de la muestra se hizo uso de los criterios de inclusión y exclusión.

- C. de Inclusión

- Pacientes consultantes de la Liga contra el Cáncer – Arequipa.
- Pacientes de 30 á 60 años de edad.

- C. de Exclusión

- Pacientes portadoras de otras patologías agregadas
- Pacientes que no deseen ser investigadas

Aplicados los criterios antes mencionados la muestra quedó conformado por 73 mujeres.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Solicitud dirigida a la Liga de Lucha contra el Cáncer filial Arequipa, para obtener el permiso correspondiente.
- Validación del Instrumento a través de juicio de expertos, enfermeras con experiencia en la especialidad de oncología.
- Aplicación del Instrumento Validado, los días de lunes y viernes en el turno de mañana y tarde.
- Una vez aplicado el instrumento se procedió a la tabulación y calificación de los datos y/o organizarlo y luego plasmaron en tablas y estadísticas para la interpretación respectiva.
- **Calificación:** Nivel de Conocimientos
 - N° de ítems: 13
 - Valor por ítems: 2 pts
 - Valor total: 26 pts.
 - Categorías: Bajo – Medio - Alto

Categoría	Puntaje
Bajo	0 – 9pts
Medio	10 – 17 pts
Alto	18 – 26pts



CAPITULO III

RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

TABLA N° 1

MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN EDAD. CONSULTANTES EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

Edad	N°	%
< de 30 años	13	18
31 – 40 años	19	26
41 – 50 años	28	38
51 – 60 años	13	18
Total	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que los mayores porcentajes del 38% y 26% que representan a las mujeres investigadas se ubican en los decenios de 41 a 50, y de 31 a 40 años de edad, respectivamente, siguiéndole el 18% que representa a las mujeres de menos de 30 años y de 51 a 60 años, por igual.

Predominan las edades de 31 a 50 años, edades en que es más frecuente el cáncer de mama.

TABLA N° 2

**MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. CONSULTANTES
EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Zona de Residencia	N°	%
Urbana	39	53
Periurbana	15	21
Rural	19	26
Total	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la tabla N° 2 se observa que el 53% de las mujeres investigadas tiene su residencia en la zona urbana; el 26%, en la zona rural y solo el 21% residen en la periferie de la ciudad.

Predomina el porcentaje que representa a las mujeres que viven en la zona urbana, zona cuyo entorno social influye en la forma de vida de las personas, por las características propias de cada zona de residencia.

TABLA N° 3

**MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.
CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL
CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel de Instrucción	N°	%
Primaria	26	36
Secundaria	35	48
Superior	12	16
Total	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la tabla se aprecia que el 48% de las mujeres investigadas posee educación secundaria, mientras que el 36%, tiene el nivel primario, seguido de un importante 16% que corresponde a las mujeres que poseen estudios superiores.

Esto significa que las mujeres investigadas tienen un buen nivel instruccional que les permite conocer con facilidad los aspectos relacionados, en este caso, a la prevención.

TABLA N° 4

**MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN OCUPACIÓN. CONSULTANTES DE LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Ocupación	N°	%
Ama de Casa	29	40
Trabaja	26	36
Estudia	18	24
Total	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la tabla podemos observar que el 40% de las mujeres investigadas tienen como ocupación ser amas de casa; el 36% trabaja y el 24% son estudiantes.

Predomina el tipo de ocupación: trabajo y estudio, en razón que contiene al 60% acumulado de las mujeres investigadas.

TABLA N° 5

**MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN ESTADO CONYUGAL. CONSULTANTES
DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Estado Conyugal	N°	%
Soltera	21	29
Casada	33	45
Conviviente	10	14
Separada	8	11
Viuda	1	1
Total	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la tabla N° 5 se observa que del 100% de las mujeres investigadas, el 59% acumulado pertenece al estado civil de casadas y convivientes; el 41% acumulado restante corresponde a las mujeres que son solteras, separadas y viudas.

El estado conyugal como indicador importante, en este caso, especificar con el mayor porcentaje (59% acumulado) a las mujeres que cuentan con pareja, siendo esta condición una ventaja para las mujeres en situaciones de enfermedad, ya que cuenta con el apoyo emocional de la pareja y el entorno familiar.

II. CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

TABLA N° 6

MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA. CONSULTANTES EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

Medidas de Prevención	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Autoexamen de mama	10	14	28	38	35	48	73	100
Examen Mamográfico	21	29	33	45	19	26	73	100
Alimentación	31	42	15	21	27	37	73	100
Actividad Física	9	12	21	29	43	59	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En lo que se refiere al nivel de conocimientos que tienen las mujeres investigadas acerca de las medidas que previenen el cáncer de mama, en la tabla N° 6 se aprecia que hay un marcado predominio de los niveles medio y bajo en el conocimiento del autoexamen de mama (38% y 48%); del examen mamográfico (45% y 26%); sobre la realización de actividades físicas (29% y 59%) y de la alimentación hay un marcado predominio en el Nivel Alto (42%).

Se observa también que los menores porcentajes del 14%, 29% y 12% se ubican en los niveles altos.

En resumen, se puede afirmar que las mujeres investigadas en más del 80% promedio tienen niveles bajos y medios de conocimiento sobre las medidas de prevención cáncer de mama.

TABLA N° 7

**MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN NIVEL GLOBAL DE CONOCIMIENTOS
SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.
CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL
CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel Global	N°	%
Alto	18	24
Medio	24	34
Bajo	31	42
Total	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En términos globales, las mujeres investigadas, en cerca de la mitad, tienen bajo nivel de conocimientos acerca de la prevención del cáncer de mama (42%).

En más de la cuarta parte (34%), el nivel es medio y sólo en la cuarta parte (24%), el nivel es alto.

En general, las mujeres investigadas en las 2/3 partes tienen bajo y medio nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención.

III. RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

TABLA N° 8

MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA: EDAD CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS. CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

Edad \ Nivel de Conocimientos	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
> de 30 años	2	15	6	46	5	39	13	100
31 – 40 años	3	16	11	58	5	26	19	100
41 – 50 años	10	37	7	25	11	38	28	100
51 – 60 años	3	23	0	0	10	77	13	100
Total	18	24	24	34	31	42	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la tabla N° 8 se observa que del 100% de las pacientes investigadas, menores de 30 años; el mayor porcentaje (46%) tienen nivel medio de conocimientos; del 100% de pacientes de 31 a 40 años, el 58% también tienen nivel medio de conocimientos; del 100% de pacientes de 41-50 años de edad, el 37% tiene nivel alto y el 38%, nivel bajo. Finalmente, las pacientes de 51 á 60 años, en el 77% poseen nivel bajo de conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de mama.

Resultados que nos permiten concluir que la característica sociocultural: Edad no se relaciona directamente con el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención del cáncer de mama.

TABLA N° 9

MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA: LUGAR DE RESIDENCIA CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS. CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

Lugar de Residencia	Nivel de Conocimientos		Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbana	15	38	13	33	11	29	39	100		
Periurbana	2	14	8	53	5	33	15	100		
Rural	1	5	3	16	15	79	19	100		
Total	18	24	24	34	31	42	73	100		

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la presente tabla, se observa que del 100% de las mujeres que proceden o viven en las zonas urbanas, los mayores porcentajes (38% y 33%) poseen alto y medio niveles de conocimientos acerca de las medidas prevención del cáncer de mama; del 100% de las que viven en las zonas periurbanas, los mayores porcentajes (53%, 33%) poseen medio y bajo nivel y del 100% de mujeres que viven en las zonas rurales, el 79% posee bajo nivel de conocimientos.

Considerando la proporción de mujeres que viven en las zonas urbana, periurbana y rural y la ubicación de los porcentajes en los 3 niveles de conocimientos, se deduce que la relación es directa.

TABLA N° 10

MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA: NIVEL DE INSTRUCCIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO. CONSULTANTES DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

Nivel de Conocimientos Nivel Instrucción	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	3	12	5	19	18	69	26	100
Secundaria	8	23	15	43	12	34	35	100
Superior	7	58	4	33	1	9	12	100
Total	18	24	24	34	31	42	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

Analizando los resultados de la tabla N° 10 se tiene que del 100% de las mujeres con el nivel de instrucción primaria, el 69% tienen bajo nivel de instrucción; del 100% de las mujeres, cuyo nivel de instrucción es secundaria, el 43% y 34% tienen medio y bajo niveles de conocimientos, y finalmente, del 100% que tienen un nivel de instrucción superior, el 58% tiene alto nivel de conocimientos es alto.

En resumen, según los niveles de instrucción y de conocimientos, la relación entre ambos es directa.

TABLA N° 11

**MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA:
OCUPACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS. CONSULTANTES
DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel de Conocimientos Ocupación	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	3	10	9	31	17	59	29	100
Trabaja	6	24	10	38	10	38	26	100
Estudia	9	50	5	28	4	22	18	100
Total	18	24	24	34	31	42	73	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

Al análisis de los resultados de la presente tabla se tiene que del 100% de mujeres con ocupación de ama de casa. Los mayores porcentajes (59% y 31%) poseen niveles bajo y medio de conocimiento; del 100% de las mujeres que trabajan, los mayores porcentajes (38% y 38%) corresponden a las mujeres que trabajan y de las mujeres que estudian, el 50% poseen nivel alto de conocimientos.

Según los resultados obtenidos, la relación entre ocupación y nivel de conocimientos es directa.

TABLA N° 12

**MUJERES INVESTIGADAS SEGÚN RELACIÓN DE LA CARACTERÍSTICA: ESTADO
CONYUGAL CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS. CONSULTANTES DE LA
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Estado Conyugal	Nivel de Conocimientos		Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	3	14	5	24	13	62	21	100		
Casada	10	30	12	36	11	34	33	100		
Conviviente	2	20	3	30	5	50	10	100		
Separada	3	38	3	38	2	24	8	100		
Viuda	0	0	1	100	0	0	1	100		
Total	18	24	24	34	31	42	73	100		

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la presente tabla, las mujeres solteras tienen en el 62% y 24%, bajo y medio nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención del cáncer de mama; el nivel de las mujeres casadas es un porcentaje similar medio, bajo y alto, respectivamente predominando el nivel medio con el 36%; el 50% de las mujeres en estado conyugal conviviente tienen bajo nivel de conocimientos; las de estado conyugal de separada, en mayores porcentajes poseen nivel medio y alto.

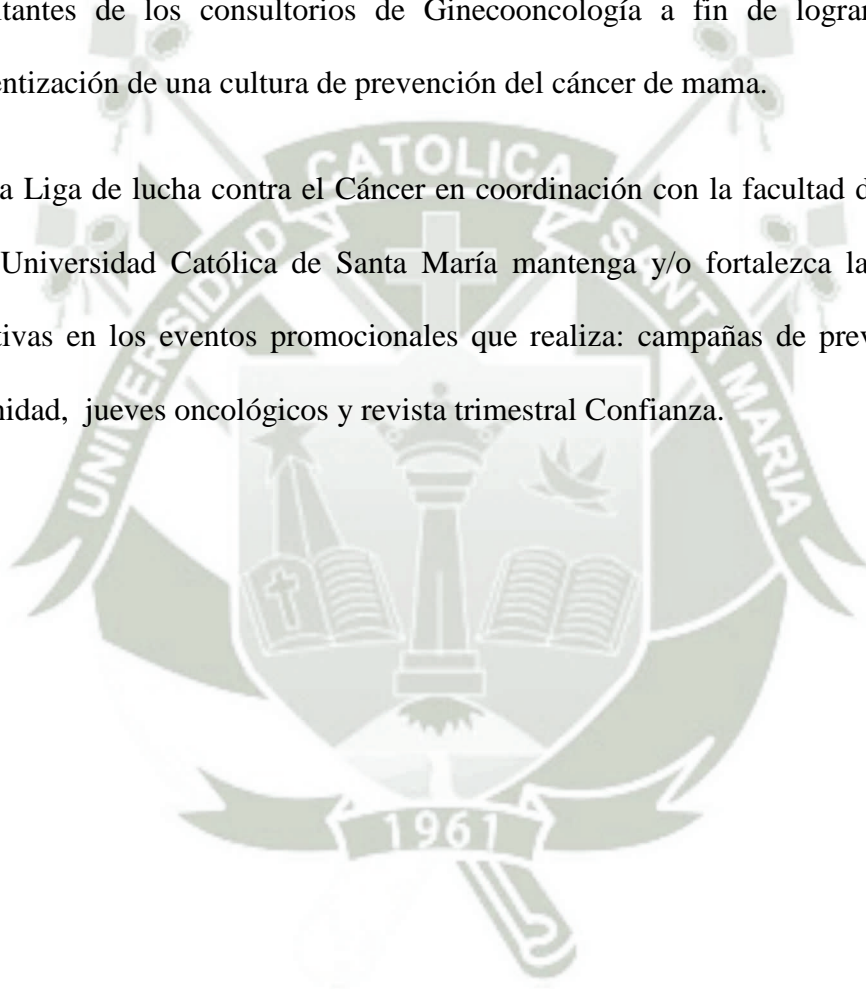
Según los resultados, la relación entre estado corporal y nivel de conocimientos es indirecta en razón que la ubicación porcentual es independiente.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Las mujeres de 30 a 60 años de edad investigadas en más de la mitad tienen de 31 a 50 años de edad, proceden de la zona urbana, tienen como nivel de instrucción secundaria y superior y como ocupación, el trabajo y estudio.
- SEGUNDA** : El nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del cáncer de mama en más del 50% es medio y alto.
- TERCERA** : Existe una relación indirecta entre las características socioculturales; Edad, Estado Conyugal y el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de cáncer de mama y entre las características socioculturales; Lugar de Residencia, Nivel de Instrucción y Ocupación con el nivel de conocimientos se da una relación directa.

RECOMENDACIONES

1. Que la Liga de Lucha contra el Cáncer programe ciclos educativos sobre prevención de cáncer de mama tanto primaria como secundaria y terciaria, dirigidos a las pacientes consultantes de los consultorios de Ginecooncología a fin de lograr en ellas la concientización de una cultura de prevención del cáncer de mama.
2. Que, la Liga de lucha contra el Cáncer en coordinación con la facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María mantenga y/o fortalezca las actividades educativas en los eventos promocionales que realiza: campañas de prevención en la comunidad, jueves oncológicos y revista trimestral Confianza.



BIBLIOGRAFÍA

1. Bernardello Edgardo: Cancer de Mama. Editorial Interamericana. Caracas, 1998.
2. Caceres, E: La Investigación de Cáncer en el Perú Acta Cancerológica. Vol. XXII N° 1. Perú, 2002.
3. Caceres, E: Registro del Cancer en Lima Metropolitana 1990-1991 INEI. Lima, 2000.
4. Colditz, G.: "La Prevención Futura": Lucha Contra el Cáncer Boletín de la OPS" 1999
5. Díaz de Mendoza, G. Las teorías del Conocimiento. Edit. Omega. Barcelona – España. 2003. p. 45
6. Estape, Jordi. Enfermería y Cáncer. España, 1999. P. 231 – 269
7. HOLLIS, R: Preocupaciones que las mujeres tienen y deben al vigilar su Salud. Revista Ginecológica y Obstetricia. Vol. 65. México, 1997.
8. Lemmos D. H. Conocimiento: Teoría y Práctica. Edit. Andaluz. España 2004. p. 34.
9. Liga de Lucha contra el Cáncer: Confianza. Revista Médica. Año 2, Vol 8-2003. Arequipa, 2003. pág 20
10. Méndez D.J. El Conocimiento Humano. Edit Interamericana. México 2004. p. 56
11. Oncosalud: Cáncer Revista Informativa Oncosalud, Vol. N° 2 Lima, 2006.
12. OPS: "Modalidad en el Perú". Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1992.
13. Otto Shirley E.: Enfermeria Oncologica. Editorial Oceano. España 2003
14. Pabs Y. Factores pronósticos en el cáncer de mama. Bol Hospital San Juan de Dios 2001.
15. Winchester David J. Cáncer de Mamá: Atlas de Oncología Clínica. España: Elsevier, 2001.

INTERNET

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/mendoza_so/html/sdx/mendoza_so.html

<http://www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151/colposcopia-digital-neoplasia-cervical-intraepitelial-correlacion-histologica-13023486-articulos-originales-2001>



ANEXO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

FORMULARIO DE PREGUNTAS

Sra. Srta. a continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas con el cáncer de mama; por consiguiente, solicitamos a Ud. responderlas con veracidad, a fin de contar con información confiable.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

1. En qué edad se encuentra usted
> de 30 años ()
31 a 40 años ()
41 a 50 años ()
51 a 60 años ()
2. ¿En qué zona vive usted?
Urbana ()
Periurbana ()
Rural ()
3. ¿Cuál es su nivel de instrucción?
Sin instrucción ()
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()
4. ¿Qué ocupación tiene Ud.?
Ama de casa ()
Trabaja ()
Estudia ()
5. ¿Sabe Ud. que el brazier que usa Ud. es?
Ajustado ()
Holgado ()
Contiene varillas de presión ()
Es proporcional a las mamas ()

II. CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CÁNCER DE MAMA

1. ¿Conoce Ud. las medidas preventivas del cáncer de mama?
Si ()
No ()

Si su respuesta es afirmativa ¿Cuáles son las medidas preventivas?

2. ¿Con que frecuencia se debe realizar el autoexamen de mama?
 - Diariamente ()
 - Interdiariamente ()
 - Una vez a la semana ()
 - Una vez al mes ()
 - Una vez al año ()

3. ¿Qué se debe hacer si se detecta una anomalía en las mamas?
 - Acude al oncólogo ()
 - Realiza masajes ()
 - Otros ()

4. ¿Cuáles son las razones para no realizarse la mamografía?
 - No tener molestias ()
 - Es dolorosa ()
 - Falta de tiempo ()
 - Tener menos de 40 años ()

5. ¿Cuándo considera usted que debe hacerse un examen de mamografía?
 - Hasta la menopausia ()
 - Hasta su último parto ()
 - Siempre debe hacerlo ()

6. ¿Con qué frecuencia, debe hacerse la mamografía?
 - Cada año ()
 - Cada dos años ()
 - Cada tres años ()

7. ¿Es importante hacerse una Ecomamografía?
 - Siempre ()
 - A veces ()
 - Nunca ()

8. ¿Las mujeres deben realizarse el Control Médico periódico?
 - Si ()
 - No ()

9. ¿Qué tipo de alimentos debe consumirse para prevenir el cáncer?
 - Carnes rojas ()
 - Carnes blancas ()
 - Vegetales ()
 - Frutas ()
 - Menestras ()

10. ¿En la preparación de las comidas se debe utilizar condimentos?
 - Si ()
 - No ()

11. ¿Para prevenir el cáncer se debe realizar ejercicios físicos?

- Si ()
No ()

12. ¿Si su respuesta es afirmativa, que tipo de ejercicios físicos se debe realizar?

- Trotar ()
Correr ()
Caminar ()
Aeróbicos ()

13. ¿Con qué frecuencia se debe realizar?

- Diariamente ()
Interdiariamente ()
Una vez a la semanas ()
Una vez al mes ()
Una vez al año ()



PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

1. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

Aunque reducen en cierta medida el riesgo, las estrategias de prevención no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama.

Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. Muchos países de ingresos bajos y medios que afrontan la doble carga de cáncer cervicouterino y cáncer de mama deben emprender intervenciones costo eficaces y asequibles para hacer frente a esas enfermedades altamente prevenibles.

La OMS promueve el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La Organización, con el apoyo de la Fundación Komen, está llevando a cabo un estudio de 5 años sobre los costos eficacia del control del cáncer de mama en diez países de ingresos bajos y medios.

El proyecto incluye un instrumento de estimación de costos de los programas para evaluar las posibilidades de financiarlos. Se espera que los resultados de este proyecto aporten datos que permitan formular políticas apropiadas contra el cáncer de mama en los países poco desarrollados.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Informar a las pacientes de la Liga de Lucha Contra el Cáncer sobre los estilos de vida saludable alimentación y ejercicios.
- 2.2. Lograr que las pacientes sean capaces de identificar los factores de riesgo de cáncer de mama
- 2.3. Informar sobre las medidas de prevención y métodos de diagnóstico de cáncer de mama mediante el desarrollo de estrategias de comunicación educativa
- 2.4. Disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad por cáncer de mama, mediante la detección precoz del cáncer de mama.

3. CONTENIDO

Definición de cáncer de mama

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. Es una enfermedad clonal; donde una célula individual producto de una serie de mutaciones somáticas o de línea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, haciendo que se reproduzca hasta formar un tumor.

Tipos de cáncer de mama

Existen dos tipos principales de cáncer de mama

El carcinoma ductal la más frecuente que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y

El carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama incluyen una edad avanzada, la primera menstruación a temprana edad, edad avanzada en el momento del

primer parto o nunca haber dado a luz, antecedentes familiares de cáncer de mama, el cáncer de mama es causado por mutaciones genéticas heredadas.

Edad

El riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir cáncer de mama que los hombres.

Un tipo de cáncer de mama que ocurre y es especialmente agresivo y desproporcional en las mujeres jóvenes es el cáncer de mama inflamatorio. Suele ser descubierto en el estadio III o estadio IV. También es característico porque normalmente no se presenta con masa por lo tanto no es detectado con mamografía o ecografía. Se presenta con los signos y síntomas de una mastitis.

Mutaciones genéticas

Aproximadamente 5% de las pacientes con cáncer de mama (representadas en color rojo) «heredan» una forma peculiar de genes que le hacen susceptibles a la enfermedad.

Aunque es más frecuente que sean factores externos los que predisponen a una mujer al cáncer de mama, un pequeño porcentaje conlleva una predisposición hereditaria a la enfermedad

Hormonas

Los estrógenos exógenos, en especial los utilizados en la terapia de sustitución hormonal junto a la predisposición genética, constituyen los elementos de mayor peso en la aparición del cáncer de mama. Muchas mujeres toman este tipo de terapia para reducir los síntomas de la menopausia. También se ha descrito un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que toman anticonceptivos orales.

Entre los factores asociados a hormonas femeninas y una mayor frecuencia de cáncer de mama se incluyen la precocidad en la madurez sexual (antes de los 12 años), la menopausia después de los 50 años, la nuliparidad y el primer embarazo a término logrado después de los 30 o 35 años. Por otro lado, si la primera menstruación ocurre después de los 12 años, la menopausia es antes de los 50 años, o el primer embarazo

ocurre antes de los 10-20 años que sigue a la primera menstruación, el riesgo de cáncer de mama es menor.

No hay conclusiones definitivas sobre una asociación entre el aborto practicado en el primer trimestre de la gestación y el riesgo posterior de cáncer de mama.

Otros

Se ha sugerido que la polución ambiental, los productos químicos de los desodorantes, los sostenes tipo aro con varillas y los implantes de mama aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama, sin embargo, no existe aún base científica para confirmar que estos factores aumenten el riesgo.

Si un paciente recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, existe un riesgo mayor de padecer cáncer de mama. Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación, mayor será el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró cuando a la mujer se le estaban desarrollando las mamas.

Debe sin embargo hacerse énfasis que mujeres que no tienen ningún factor de riesgo conocido pueden desarrollar cáncer de mama, por lo que la ausencia de factores de riesgo no debe causar una falsa sensación de seguridad.

METODOS DE DIAGNOSTICO

Para detectar el cáncer de mama, se utilizan diferentes pruebas como la mamografía, ultrasonido mamario con transductores de alta resolución (ecografía), una prueba de receptores de estrógeno y progesterona o imágenes por resonancia magnética. El diagnóstico de cáncer de mama sólo puede adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamaria. Hay nuevas técnicas que, mediante ultrasonido, pueden sugerir malignidad, como la Ecografía Doppler, 3D multicortes o elastografía, pero todas deben ser evaluadas y solo se tendrá un diagnóstico definitivo mediante un Biopsia. Obviamente, por todos los métodos de imagen, se tienen caracterizaciones de lo que puede ser un cáncer o no, para lo cual, se usa el método BI-RADS, con el fin de decidir la conducta según esa clasificación.

Mamografía

La extensión del uso de la mamografía ha sido eficaz, ya que ha reducido la tasa de mortalidad del cáncer de mama hasta un 30%. La mamografía es el mejor método de

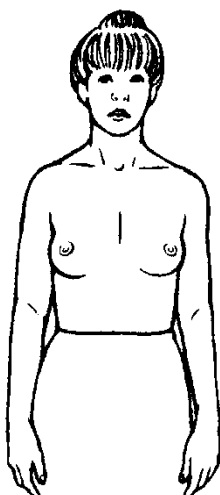
cribado de lesiones tempranas disponible. La tasa de supervivencia para las mujeres con cáncer de mama se incrementa drásticamente cuando se diagnostica en una etapa temprana, detectado precozmente tiene una sobrevivencia a los 10 años que alcanza hasta un 98%. Desafortunadamente, sólo el 60% de los cánceres se diagnostican en una fase localizada. De manera que la mamografía regular debe ir acompañada de un examen físico regular de mama para mejorar ese porcentaje.

Se recomienda la mamografía cada año para las mujeres asintomáticas mayores de 40 años. Se le conoce como *mamografía de detección, despistaje* o *screening* y utiliza un protocolo de dos proyecciones, por lo general una de ellas en dirección oblicua lateral medial y la proyección craneocaudal, es decir, de arriba abajo. La mamografía en mujeres sintomáticas o en aquellas con factores de riesgo elevados se le conoce como *mamografía de diagnóstico* y por lo general utilizan más de dos proyecciones por imagen.

Ecografía

El pesquijaje por ultrasonido es útil para diferenciar entre masas o tumores mamarios sólidos y los quísticos, fundamentalmente cuando una masa palpable no es bien visualizado en una mamografía. La ecografía es especialmente útil en mujeres jóvenes con tejido mamario denso con una masa palpable que no se visualiza en una mamografía. La ecografía no debe ser utilizada en los controles de rutina, sobre todo porque no se visualizan las microcalcificaciones y la detección de carcinomas es insignificante con la ecografía.

Enseñanza a la paciente: autoexamen de mama

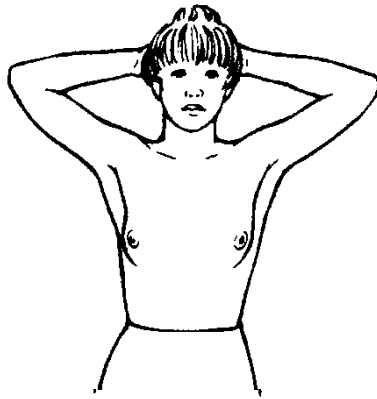


Paso 1

1. Pararse frente al espejo.
2. Observar ambas mamas en caso de cualquier cosa poco común.
3. Buscar supuración de los pezones, hoyuelos, o escaras de la piel.

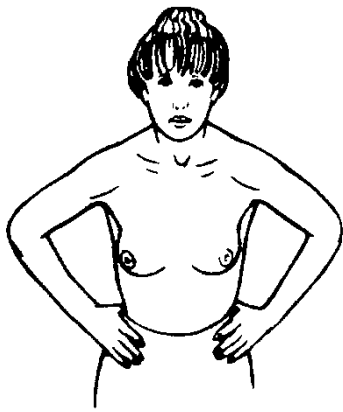
Los dos pasos siguientes sirven para verificar cualquier cambio en la forma o contorno de sus mamas. Al hacerlo, debe ser capaz de sentir que aprieta los músculos torácicos.

Paso 2



1. Observar de cerca en el espejo, unir las manos detrás de la cabeza y presionar hacia adelante.
2. Observe cualquier cambio en el contorno de las mamas.

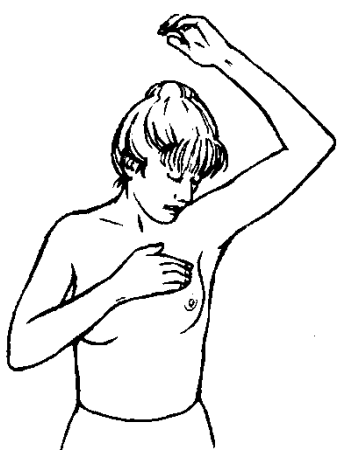
Paso 3



1. A continuación, presione sus manos con firmeza en la cadera e inclínese ligeramente hacia el espejo a medida que empuja sus hombros y codos hacia adelante.
2. Observe cualquier cambio en el contorno de las mamas.

Algunas mujeres hacen la siguiente parte del examen en la ducha, pues sus dedos se deslizan con mayor facilidad en la piel enjabonada, de manera que puede concentrarse en sentir los cambios dentro de la mama.

Paso 4

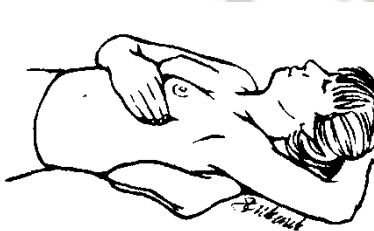


1. Eleve su brazo izquierdo.
2. Utilice tres o cuatro dedos de su mano derecha y sienta su mama izquierda con firmeza, con cuidado y de manera minuciosa.
3. Empiece en el borde externo, presione la parte plana de sus dedos en círculos pequeños, moviendo los círculos con lentitud alrededor de la mama.
4. Mueva de manera gradual hacia el pezón.
5. Asegúrese de cubrir toda la mama.
6. Ponga atención especial al área entre la mama y la parte inferior del brazo, incluyendo la región de la axila.
7. Sienta cualquier masa poco común o bajo la piel.



Paso 5

1. Exprima ligeramente el pezón y vea si hay supuración.
2. Si se presenta cualquier supuración durante el mes, durante el autoexamen o sin éste, visite a su médico.
3. Repita el examen en su mama derecha.



Paso 6

1. Los pasos 4 y 5 se repiten en posición horizontal.
2. Acuéstese de espaldas, con el brazo izquierdo sobre su cabeza y una almohada o toalla doblada bajo el hombro del mismo lado. (Esta posición aplana la mama y hace más fácil la observación)
3. Utilice el mismo movimiento circular descrito anteriormente.
4. Repita en la mama derecha.

CRONOGRAMA

Fecha	Tema	Responsable
18-11-2013	Que es el cáncer, tipos, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y prevención	Katherine Joseline Ytusaca Acuticona - Yamille del Rosario Diaz Cuty
19-11-2013	Que es el cáncer, tipos, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y prevención	Katherine Joseline Ytusaca Acuticona - Yamille del Rosario Diaz Cuty
20-11-2013	Que es el cáncer, tipos, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y prevención	Katherine Joseline Ytusaca Acuticona - Yamille del Rosario Diaz Cuty
21-11-2013	Que es el cáncer, tipos, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y prevención	Katherine Joseline Ytusaca Acuticona - Yamille del Rosario Diaz Cuty
22-11-2013	Que es el cáncer, tipos, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y prevención	Katherine Joseline Ytusaca Acuticona - Yamille del Rosario Diaz Cuty

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE LAPREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMÁ EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013

2. DATOS PERSONALES DEL EXPERTO

Nombre y apellidos: Dra. Dominga Vargas de Flores
Institución a la que pertenece: Liga de Lucha contra el Cáncer
Cargo que desempeña: Director de Educación

3. TIPO DE INSTRUMENTO

Ficha de observación ()
Formulario de Preguntas (X)
Cuestionario ()
Ficha de registro ()

4. OBSERVACIÓN EN CUANTO A LOS ÍTEMS:

Nro. de ítem observado	CONSIDERACIONES DEL EXPERTO		
	Modificar	eliminar	Incluir otro ítem

5. OBSERVACIONES EN CUANTO AL FORMATO

No presenta modificaciones

6. OBSERVACIONES EN CUANTO A LA REDACCIÓN

.....

7. SUGERENCIAS

.....

Firma  Fecha: ...2 de abril, 2014.....



CONSTANCIA

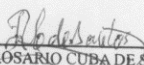
LA QUE SUSCRIBE DRA. DOMINGA VARGAS DE FLORES, DIRECTORA DE EDUCACIÓN DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA.

DA CONSTANCIA QUE:

Las Señoritas Interesadas: **YAMILLE DEL ROSARIO DÍAZ CUTY** y **KATHERINE JOSELINE YTUSACA ACUTICONA**, han aplicado un Formulario de Preguntas para obtener información, como parte de su proyecto de tesis titulado **CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MEDIDAS DE LAPREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMÁ EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013.** Desde el 15 al 30 de Noviembre del 2013 en el horario de 9.15 a 11.45 a.m.

Se otorga la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime por conveniente.

Arequipa, 20 de febrero de 2014


RÓSARIO CUBA DE SANTOS
Gerente
Liga de Lucha Contra el Cáncer
Arequipa

LIGA PERUANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER - FILIAL AREQUIPA

FUNDADA EL 31 DE MARZO DE 1954

URB. ALVAREZ THOMAS E-10 CERCADO - TELEF.: 40-4259 - 214091
E-mail: ligcanceraqp@star.com.pe - www.ligacontraelcanceraqp.com