



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“BARRERAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JULIO ENRIQUE PAREDES EN EL PERÍODO 2011- 2013”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Oyasa Moncayo, Carmita del Rocio

Tutor: Dr. Pérez Padilla, Carlos Alberto

Ambato – Ecuador
Noviembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo Investigación sobre el tema:

“BARRERAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JULIO ENRIQUE PAREDES EN EL PERÍODO 2011- 2013”,
de Carmita del Rocío Oyasa Moncayo estudiante de la Carrera de Medicina,
considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la
evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la
Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2014

EL TUTOR

.....
Dr. Carlos Alberto Pérez Padilla

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**BARRERAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JULIO ENRIQUE PAREDES EN EL PERÍODO 2011- 2013**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2014

LA AUTORA

.....
Carmita del Rocio Oyasa Moncayo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2014

LA AUTORA

.....
Carmita del Rocío Oyasa Moncayo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“BARRERAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JULIO ENRIQUE PAREDES EN EL PERÍODO 2011- 2013”**, de Carmita del Rocio Oyasa Moncayo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2014

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a Dios y a mis padres por darme la vida, por ser pilar fundamental en el transcurso de mi Carrera y por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida.

A mis hermanos por su colaboración incondicional para la realización del presente trabajo. Este logro en mi vida, es suyo....Gracias!

Carmita Oyasa Moncayo

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por bendecir cada de mi vida, y por darme fuerza, amor y perseverancia para culminar mi Carrera.

Mi agradecimiento especial a mis queridos padres Cristóbal y Rosita, por haber encaminado me vida por el camino del bien, por su apoyo incondicional cada momento de mi vida, y por depositar su confianza en mí en para cumplir mi Carrera.

A mis hermanos Mery, Juan, Tania que han estado junto a mí siempre apoyándome para seguir adelante y a mi hermana Mónica que desde el cielo está guiando mi camino.

Y como no agradecer infinitamente a la Universidad Técnica de Ambato en especial a los docentes de la Carrera de Medicina, por haber impartido sus conocimientos y forman profesionales de éxito para la sociedad, de manera especial a la Dra. Aida Aguilar y Dr. Carlos Pérez por su tutoría y guía científica para la realización de presente trabajo.

Carmita Oyasa Moncayo

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiv
RESUMEN EJECUTIVO	xvi
INTRODUCCIÓN	xviii
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Contextualización	3
1.2.2. Análisis crítico	9
1.2.3. Prognosis.....	12
1.2.4. Formulación del problema	12
1.2.5. Interrogantes	12
1.2.6. Delimitación del objeto de la investigación.....	12
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	13
1.4. OBJETIVOS.....	14

1.4.1.	General.....	14
1.4.2.	Específicos.....	14
CAPÍTULO II.....		15
MARCO TEÓRICO.....		15
2.1.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	15
2.2.	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	17
2.3.	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	18
2.3.1.	Constitución de la República del Ecuador 2008.....	18
2.3.2.	Plan Nacional del Buen Vivir.....	19
2.3.3.	La Ley Orgánica de Salud.....	19
2.4.	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	20
2.5.	MARCO TEÓRICO VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
2.5.1.	Definición del Cáncer de Mama.....	21
2.5.2.	Tipos de cáncer de mama.....	23
2.5.3.	Desarrollo de la enfermedad.....	24
2.5.4.	Factores de riesgo para cáncer de mama.....	26
2.5.5.	Epidemiología del cáncer de mama.....	38
2.6.	MARCO TEÓRICO VARIABLE DEPENDIENTE.....	38
2.6.1.	Percepciones, Creencias y Otros Obstáculos.....	38
2.6.2.	Prevención.....	42
2.6.3.	Barreras para la detección precoz.....	43
2.6.4.	Detección Temprana del Cáncer de Mama.....	44
2.6.5.	Importancia de encontrar el cáncer de seno en sus inicios.....	49
2.7.	HIPÓTESIS.....	53
2.8.	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	53

CAPÍTULO III.....	54
METODOLOGÍA	54
3.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	56
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
3.4.1. Variable Dependiente: Cáncer de mama.....	57
3.4.2. Variable Independiente: Barreras para la detección precoz.....	58
3.4.3. Técnicas e instrumentos	59
3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	60
3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	60
CAPÍTULO IV.....	62
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	62
4.1. ANÁLISIS DE LA HISTORIAS CLÍNICAS Y ENCUESTAS.....	62
4.1.1. Casos de cáncer de mama por Año	62
4.1.2. Características Sociodemográficas	64
4.1.3. Factores Reproductivos.....	74
4.1.4. Antecedentes familiares con cáncer de mama	80
4.1.5. Características personales.	82
4.1.6. Conocimiento acerca de la enfermedad	95
4.1.7. Relación: Detección tardía del cáncer de mama y cumplimiento anual de la revisión médica de sus mamas.	112
CAPÍTULO V	114
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	114
5.1. CONCLUSIONES	114

5.2. RECOMENDACIONES	115
CAPÍTULO VI.....	116
PROPUESTA.....	116
6.1. DATOS INFORMATIVOS	116
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	116
6.3. JUSTIFICACIÓN.....	117
6.4. OBJETIVOS.....	117
6.4.1. Objetivo General.....	117
6.4.2. Objetivos Específicos.....	118
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	118
6.5.1. Factibilidad Operativa.....	118
6.5.2. Factibilidad Técnica.....	118
6.5.3. Factibilidad Económica	119
6.6. FUNDAMENTACIÓN	119
6.6.1. Factores de riesgo	119
6.6.2. Prevención.....	120
6.7. MODELO OPERATIVO	123
6.8. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA.....	124
6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	137
BIBLIOGRAFÍA	138

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad de todos los cánceres combinados entre los hispanos, 1992-2009.....	6
Gráfico N° 2: Distribución por etapas de cánceres específicos en hispanos y blancos no hispanos, 2005-2009	7
Gráfico N° 3. Árbol de Problemas	11
Gráfico N° 4. Categorías Fundamentales.....	20
Gráfico N° 5. Cáncer de Mama.....	21
Gráfico N° 6. Diagnóstico por Año	62
Gráfico N° 7. Edad de las Pacientes	64
Gráfico N° 8. Nivel de Escolaridad – Conocimiento de la Enfermedad.....	65
Gráfico N° 9. Residencia – Nivel de Escolaridad	67
Gráfico N° 10. Residencia – Conocimiento (P.5).....	69
Gráfico N° 11: Estado Civil	70
Gráfico N° 12: Grupo étnico	72
Gráfico N° 13. Edad de la menopausia	74
Gráfico N° 14: Lactancia Materna	76
Gráfico N° 15. Edad de alumbramiento del primer hijo	78
Gráfico N° 16. Antecedentes familiares con cáncer de mama.....	80
Gráfico N° 17: Sobrepeso u obesidad	82
Gráfico N° 18. Primer síntoma en los senos antes del diagnóstico.....	84
Gráfico N° 19. Tiempo transcurrido entre el apareamiento del primer síntoma y el control médico.....	86
Gráfico N° 20. Pacientes por etapas del cáncer de mama.....	88

Gráfico N° 21. Estadificación de las pacientes con cáncer de mama de acuerdo al Sistema TNM del American Joint Committee on Cancer.....	89
Gráfico N° 22. Detección en la etapa tardía del cáncer de mama.....	94
Gráfico N° 23. Conocimiento del Método del Autoexamen de Cáncer de Mama	95
Gráfico N° 24. Autoexamen de cáncer de mama.....	97
Gráfico N° 25. Proceso de inspección, mediante observación de sus mamas	99
Gráfico N° 26. Razones para no realizarse el autoexamen de mamas	101
Gráfico N° 27. Forma de examinar las mamas por parte de las pacientes.....	103
Gráfico N° 28. Frecuencia de realización de una mamografía	105
Gráfico N° 29. Cumplimiento de la revisión médica anual	107
Gráfico N° 30. Prevención del cáncer de mama	109
Gráfico N° 31: Información acerca del cáncer de mama	110
Gráfico N° 32. Relación: Detección tardía del cáncer de mama y cumplimiento anual de la revisión médica de sus mamas.....	112

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1. Población y Muestra	56
Cuadro N° 2. Operacionalización de Variables, Variable Dependiente: Cáncer de mama.....	57
Cuadro N° 3. Operacionalización de Variables, Variable Independiente: Barreras para la detección precoz	58
Cuadro N° 4. Técnicas e Instrumentos.....	59
Cuadro N° 5. Plan de recolección de datos	60
Cuadro N° 6. Diagnósticos por Año	62
Cuadro N° 7. Rango de Edad	64
Cuadro N° 8. Nivel de Escolaridad – Conocimiento de la Enfermedad	65
Cuadro N° 9. Residencia – Nivel de Escolaridad	67
Cuadro N° 10. Residencia - Conocimiento (P.5).....	69
Cuadro N° 11. Estado Civil.....	70
Cuadro N° 12. Grupo Étnico.....	72
Cuadro N° 13. Edad de la menopausia	74
Cuadro N° 14: Lactancia Materna	76
Cuadro N° 15. Edad de alumbramiento del primer hijo	78
Cuadro N° 16. Antecedentes familiares con cáncer de mama	80
Cuadro N° 17. Valor del IMC	82
Cuadro N° 18. Primer síntoma en los senos antes del diagnóstico	84
Cuadro N° 19. Tiempo transcurrido entre el apareamiento del primer síntoma y el control médico.....	86
Cuadro N° 20. Estadio del diagnóstico de cáncer de mama	88

Cuadro N° 21. Tasa de supervivencia por etapas de cáncer de mama.....	93
Cuadro N° 22. Detección en la etapa tardía del cáncer de mama	93
Cuadro N° 23. Conocimiento del Método del Autoexamen de Cáncer de Mama	95
Cuadro N° 24. Autoexamen de cáncer de mama	97
Cuadro N° 25. Proceso de inspección, mediante observación de sus mamas.....	99
Cuadro N° 26. Razones para no realizarse el autoexamen de mamas	101
Cuadro N° 27. Forma de examinar las mamas por parte de las pacientes	103
Cuadro N° 28. Frecuencia de realización de una mamografía.....	105
Cuadro N° 29. Cumplimiento de la revisión médica anual.....	107
Cuadro N° 30. Prevención del cáncer de mama.....	109
Cuadro N° 31. Recepción de información acerca del cáncer de mama	110
Cuadro N° 32. Frecuencias de la relación	112
Cuadro N° 33. Frecuencias Relativas	112
Cuadro N° 37. Modelo operativo	123
Cuadro N° 38. Evaluación	137

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“BARRERAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JULIO ENRIQUE PAREDES EN EL PERÍODO 2011- 2013”

Autora: Oyasa Moncayo, Carmita del Rocío

Tutor: Dr. Pérez Padilla, Carlos Alberto

Fecha: Agosto 2014

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como título: “Barreras para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años atendidas en el Hospital Julio Enrique Paredes en el periodo 2011- 2013”, y su objetivo principal fue identificar las barreras para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años atendidas en el Hospital “Julio Enrique Paredes” durante el periodo 2011- 2013. La población de estudio fueron las mujeres mayores de 25 años con de cáncer de mama, que fueron diagnosticadas durante los años 2011, 2012, 2013 y que acuden al Hospital “Julio Enrique Paredes” para su tratamiento y control de la patología, de los registros del hospital se obtuvieron un total de 127 pacientes. El presente trabajo de investigación tuvo un enfoque cualitativo, porque se hizo referencia a fenómenos sociales, y cuantitativo, porque se buscaron las causas de los hechos de estudio que llevaron a la comprobación de

la hipótesis. Como principal conclusión de este trabajo de investigación se tiene que las principales causas que motivaron a que las pacientes no se realicen el autoexamen de mama, ni la mamografía, fueron: la inseguridad, el desconocimiento y los mitos, las que fueron influyeron de manera significativa en el diagnóstico del cáncer de mama. El miedo al resultado es la motivación principal para la no realización del autoexamen. En función a esta conclusión se estableció la propuesta que consistió en un “Guía Educativa Didáctica de Prevención y Detección Oportuna de Cáncer de Mama”

PALABRAS CLAVE: DETECCIÓN_OPORTUNA CÁNCER_MAMA,
AUTOEXAMEN,

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"BARRIERS FOR EARLY DETECTION OF BREAST CANCER IN WOMEN OVER 25 YEARS SERVED IN THE HOSPITAL JULIO ENRIQUE PAREDES IN THE PERIOD 2011-2013"

Author: Oyasa Moncayo, Carmita del Rocio

Tutor: Dr. Pérez Padilla, Carlos Alberto

Date: Agosto 2014

SUMMARY

This research paper is titled: "Barriers to early detection of breast cancer in women over 25 years treated at the Hospital Julio Enrique Paredes in the period 2011-2013", and its main objective was to identify the barriers to early detection of breast cancer in women older than 25 years treated at the "Julio Enrique Paredes' Hospital during the period 2011-2013 the study population consisted of women over 25 with breast cancer, who were diagnosed during the 2011, 2012, 2013 and attending the "Julio Enrique Paredes" hospital for treatment and control of diabetes, hospital records of a total of 127 patients were obtained. This research used a qualitative approach, because reference was made to social phenomena, and quantitative, because the causes of the events that led to study the hypothesis testing were sought. The main conclusion of this research work is to be the main causes that led to the patients breast self-examination or mammography are not

made, were: insecurity, ignorance and myths, which were significantly influenced in the diagnosis of breast cancer. The fear of the result is the main motivation for the non-realization of the self. Based on this conclusion, the proposal consisted of a "Teaching Education and Prevention Guide Timely Breast Cancer Detection" was established

KEYWORDS: BREAST CANCER EARLY DETECTION, SELF,

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la patología tumoral maligna de mayor incidencia en todo el mundo y está en aumento en países en vías de desarrollo. Aún existen áreas donde se diagnostican en etapas o estadios avanzados. Este tumor que afecta al 99% según el género a mujeres, ha enseñado al manejo oncológico actual la historia natural de los tumores y ha sido la base para estudios de investigación de otros tumores (Solca, 2012).

El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, tratamiento, reconstrucción, la rehabilitación y los cuidados paliativos. La detección precoz se realiza para detectar oportunamente las personas que presenten anomalías indicativas de este tipo de cáncer.

La sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama.

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer.

Independientemente del método de detección precoz utilizado, dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el campo asistencial.

El diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección precoz, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Algunos datos sugieren que esta estrategia puede dar lugar a un "descenso del estadio TNM" (aumento de la proporción de cánceres de mama detectados en una fase temprana) de la enfermedad, que la haría más vulnerable al tratamiento curativo.

Existen aún mitos y barreras que obstaculizan un diagnóstico precoz del cáncer de mama. El temor al dolor de la mamografía, pero sobre todo al resultado del diagnóstico, el escenario sociocultural y la falta de conocimiento son las principales barreras que obstaculizan una detección temprana del cáncer de mama y por ende el tratamiento adecuado y oportuno para salvar una vida.

Aspectos importantes que merecen ser estudiados en nuestro medio, para establecer, reformar y mejorar estrategias que ayuden a la población a tomar conciencia y sobre todo a valorar su salud.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

Barreras para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años atendidas en el Hospital “Julio Enrique Paredes” en el período 2011- 2013.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contextualización

Macro

El cáncer de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja por lo que, a pesar de los avances de la oncología moderna, es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 5 - 6)

De acuerdo con cifras obtenidas del sistema GLOBALCAN de la (OMS, 2014) se tiene que:

Tabla N° 1. Incidencia, prevalencia y mortalidad en todo el mundo 2012

Población estimada (en miles)	Casos	Decesos	Prevalencia para los próximos 5 años
Mundo	1677	522	6255

Fuente: GLOBALCAN - (OMS, 2014)

El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que

habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 5 - 6).

Las cifras obtenidas en el sistema GLOBALCAN de la (OMS, 2014) vienen a confirmar esta afirmación:

Tabla N° 2. Incidencia del padecimiento por regiones

Población estimada (en miles)	Casos	Decesos	Prevalencia para los próximos 5 años
Regiones más desarrolladas	794	198	3224
Regiones menos desarrolladas	883	324	3032

Fuente: GLOBALCAN - (OMS, 2014)

Las tasas de incidencia tienen una variación considerable en todo el mundo; las más altas se encuentran en Europa y Norteamérica con cifras estandarizadas de 99.4 por 100 mil mujeres. En el sur y centro de América, excepto Brasil y Argentina con incidencias también altas, se ha reportado una incidencia de moderada a baja de esta enfermedad. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 5 - 6)

Datos de la Sociedad Americana de Cáncer muestran que el CaMa es la primera localización tumoral (1'301.867 nuevos casos) y la primera causa de muerte entre las mujeres (464.854 muertes) a nivel mundial. Su incidencia ha aumentado en todos los países del mundo (679.682 nuevos casos en países desarrollados y 593.528 nuevos casos en países en desarrollo), constituyéndose no solo en un problema de salud pública, sino también político, médico, social, psicológico y económico debido al dolor y al sufrimiento personal, los costos médicos crecientes, las muertes prematuras, y la pérdida de años productivos de vida Según la Iniciativa Mundial de Salud de Mama (Breast Health Global Initiative / BHGI), este cáncer se constituye en un problema de salud pública en regiones de altos recursos y es una problemática cada vez más urgente en las regiones de bajos recursos, con un aumento del 5% en las tasas de incidencia (Organización Mundial de la Salud, 2006). (Ceballos-García & Giraldo-Mora, 2011)

Meso

En América Latina y el Caribe, durante el año 2002, el CaMa causó diariamente la muerte de 83 mujeres, o sea, cada hora fallecían tres mujeres víctimas de este cáncer (Robles & Galanis, 2002). La situación para Colombia no es muy alentadora, el CaMa es un problema de salud pública creciente (Díaz, Piñeros, & Sánchez, 2005); la mortalidad por esta causa, según la Organización Mundial de la Salud (W.H.O, 2011), fue de 11,3 por cada 100.000 mujeres en el año 2004, y en Antioquia fue de 10,8 por cada 100.000 mujeres en el 2003 (Rodríguez, 2006), por lo que se considera la principal causa de muerte ginecológica, por encima del cáncer de cuello uterino que representó el 8,7 por cada 100.000 mujeres (Ceballos-García & Giraldo-Mora, 2011).

En **América Latina** el cáncer de seno es el cáncer más comúnmente diagnosticado entre las mujeres hispanas; en 2012, la (American Cancer Society, 2012), espera que aproximadamente 17,100 mujeres hispanas sean diagnosticadas con esta enfermedad. De 2000 a 2009, las tasas de incidencia de cáncer de seno disminuyeron de 97.2 (por 100,000) a 93.0 entre las mujeres hispanas, y de 138.1 a 128.4 entre las mujeres blancas no hispanas.

La tasa de incidencia de cáncer de seno entre las mujeres hispanas es 26% menor que la de las mujeres blancas no hispanas (tabla 1). En la población hispana, la tasa de incidencia es 50% menor entre las mujeres nacidas en otros países que entre las nacidas en EE.UU. (John EM, Phipps AI, Davis A, Koo J., 2005).

Estas diferencias se atribuyen principalmente a diferencias en la prevalencia de factores de riesgo de cáncer de seno (Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, et al., 2005).

Por ejemplo, aproximadamente un 7% de la reducción del riesgo en las mujeres hispanas se explica por patrones reproductores más protectores (edad menor al primer parto y un mayor número de partos) (Martin JA, Hamilton BE, 2009).

Otros factores que aumentan el riesgo de cáncer de seno incluyen la edad, antecedentes familiares, menarquia temprana, menopausia tardía, obesidad postmenopáusica, consumo de alcohol e inactividad física. Los estudios que examinan la talla corporal y los cambios de peso relacionados con el riesgo de cáncer de seno indican que la relación entre masa corporal y cáncer de seno puede diferir entre los diferentes grupos étnicos (Baumgartner KB, Hunt WC, Baumgartner RN, 2007). La variación étnica de los factores genéticos que influyen en el desarrollo de cáncer de seno también puede contribuir a las diferencias en el riesgo (Fejerman L, John EM, Huntsman S, 2008).

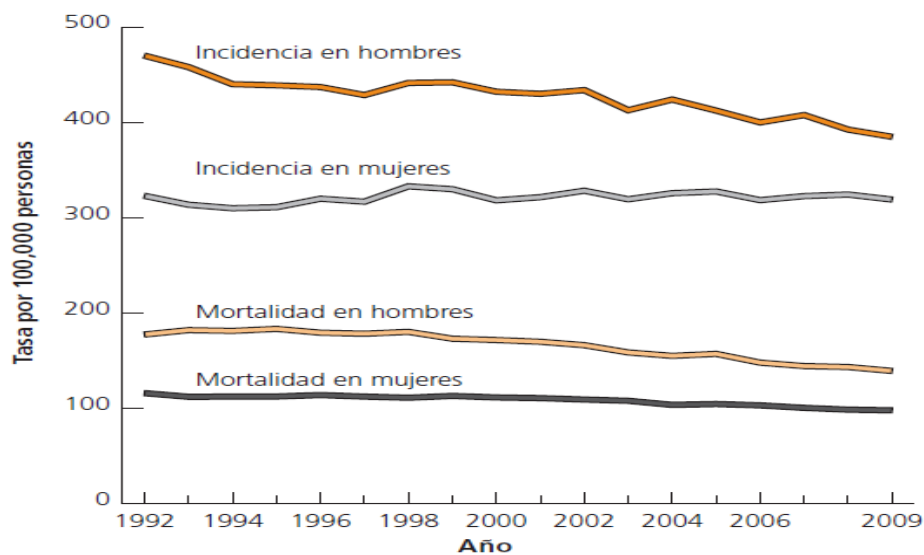


Gráfico N° 1: Tendencias en las tasas de incidencia y mortalidad de todos los cánceres combinados entre los hispanos, 1992-2009

Fuente: (American Cancer Society. Global Cancer. 2nd Edition, 2011)

Durante el periodo de 2000 a 2009, las tasas de mortalidad por cáncer de seno disminuyeron aproximadamente 1.6% al año entre las mujeres hispanas y 2.0% entre las mujeres blancas no hispanas, debido a un mejor acceso a la atención médica y a servicios preventivos de salud (Bandi, y otros, 2014).

Para el año 2012, el cáncer de mama fue la segunda causa de muerte entre las mujeres con cáncer de 20 años y más (15.38 de cada 100 mil mujeres de esa edad) (INEGI, 2014). Se pronostica que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas (OMS, 2014).

En las mujeres hispanas es menos probable que el cáncer de seno se diagnostique en sus etapas tempranas que en las mujeres blancas no hispanas, aún después de que se toman en cuenta las diferencias de edad, el estado socioeconómico y el método de detección (Lantz PM, Mujahid M, Schwartz K, 2006).

Durante el periodo comprendido entre 2005 y 2009, 56% de los cánceres de seno en las mujeres hispanas se diagnosticaron en la etapa local, en comparación con un 64% entre las mujeres blancas no hispanas (figura 2). Entre las mujeres hispanas, las menores tasas de utilización de mamografías y el seguimiento demorado de resultados exploratorios anormales o de anomalías en el seno descubiertas por las mujeres mismas probablemente contribuyen a esta diferencia (Lantz PM, Mujahid M, Schwartz K, 2006).

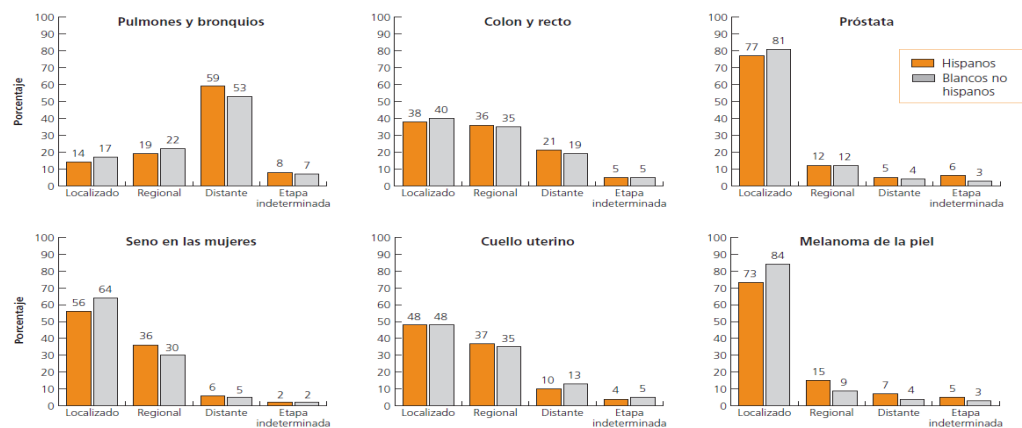


Gráfico N° 2: Distribución por etapas de cánceres específicos en hispanos y blancos no hispanos, 2005-2009

Fuente: Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (División de Control del Cáncer y Ciencias de la Población, Instituto Nacional del Cáncer, 2012)

El cáncer o tumores de mama de mayor tamaño es diagnosticada más en las mujeres hispanas (Ooi SL, Martinez ME, 2011).

Cuando la edad, la etapa y las características del tumor son similares, las mujeres hispanas tienen más probabilidades de fallecer de cáncer de seno que las mujeres blancas no hispanas (Stuver SO, Zhu J, Simchowit B, Hassett MJ, Shulman LN, Weingart SN, 2011).

Las diferencias en el acceso a la atención médica y al tratamiento probablemente contribuyen a esta disparidad (Freedman RA, He Y, Winer EP, Keating NL, 2009).

Los programas de intervención que hacen el seguimiento de los pacientes durante el tratamiento a fin de mejorar la comunicación entre el cirujano, el oncólogo y el paciente han demostrado reducir las diferencias en el tratamiento del cáncer de seno. Las tasas de supervivencia de cinco años específicas de cáncer de seno local, regional y de etapa distante diagnosticado en las mujeres hispanas son de 96%, 83% y 26%, respectivamente. (Bickell NA, Shastri K, Fei K, 2008).

Micro

En el Ecuador, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, se presentan alrededor de 10,200 nuevos casos de cáncer por año, siendo el cáncer de mama el de mayor incidencia, con una tasa de 35,4%, seguido por el de piel con el 32%, así lo establece las cifras obtenidas del Registro Nacional de Tumores de SOLCA (Solca, 2012).

Durante el año 2010 en el Ecuador 1978 personas fueron diagnosticadas con cáncer de mama, de las cuales 470 mujeres fallecieron debido este padecimiento, de acuerdo con el anuario de nacimientos y defunciones del Registro Nacional de Tumores de SOLCA (R.N.T.). (Solca, 2012).

En Tungurahua, el Hospital Oncológico Doctor Julio Enrique Paredes, funciona en el sector de Izamba, fue creado gracias al esfuerzo de muchos ciudadanos y su nombre es en honor al prestante médico ambateño, quien dedicó su vida entera a tratar problemas de cáncer y a apoyar a personas de bajos recursos económicos.

Cerca de 150 pacientes se hacen atender a diario en el Hospital Oncológico de SOLCA-Ambato, ubicado en la parroquia de Izamba, de estos pacientes algunas personas resultan con diagnóstico de cáncer, los cuales son sometidos a tratamientos que permiten darle una mejor calidad de vida al paciente. Nalo Martínez, director médico del hospital en el año 2012, en una entrevista al (Diario

La Hora, 2012), manifestó que el centro hospitalario atiende a cerca de 70 pacientes a nivel de laboratorio clínico, 30 personas en lo que se refiere al laboratorio de imagen y 80 pacientes en la toma de muestras para el examen de Papanicolaou; la mayoría de pacientes provienen del Oriente y de Latacunga.

El director del hospital manifestó que el cáncer de mama es otra patología que aún se mantiene como causa de muerte, en lo que va del año, 37 mujeres fueron diagnosticadas con este mal y están en tratamiento, comparado al 2011 donde se tuvo 43 casos en todo el año (Diario La Hora, 2012).

1.2.2. Análisis crítico

El cáncer de mama es la causa principal de muerte en mujeres a nivel mundial. Su incidencia aumenta luego de los 85 años; su frecuencia parece ser mayor en países sub desarrollados o en vías de desarrollo.

Sin embargo, el grado de riesgo no es homogéneo entre la población en general, mientras que algunas mujeres nunca lo desarrollan, otras parecen tener un mayor riesgo de padecerlo, por eso es necesario valorar e individualizar el perfil de riesgo de padecer esta enfermedad en la población femenina.

Múltiples investigadores a nivel mundial se han dedicado a estudiar las barreras que impiden acceder a un diagnóstico precoz de la enfermedad en la población femenina. En los estudios realizados por Hewitt et al., están dadas condiciones psicológicas y sociales que impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud a las mujeres, tales como, carecer de seguro médico o de la cobertura de estos servicios; el miedo al estigma que el diagnóstico de CaMa produce en estas personas; la falta de comunicación del proveedor de salud con la comunidad; las fallas para poner en práctica las pautas de práctica clínica, diagnóstica y de tratamiento; la inexperiencia del proveedor para evaluar la urgencia de la asistencia y la presencia de ansiedad por esta causa; el desconocimiento del proveedor acerca de los recursos que existen en la comunidad y, finalmente, un pobre sistema de garantía de calidad y responsabilidad en la prestación de los servicios de salud.

Otras de las barreras que la OMS refiere, están relacionadas con las deficiencias en la organización y el establecimiento de prioridades, y el uso poco eficiente de los recursos, que son obstáculos para la eficacia de los programas en países tanto industrializados como en desarrollo. En muchas ocasiones se descuidan la prevención primaria, el diagnóstico precoz y los cuidados paliativos para dar preferencia a enfoques orientados al tratamiento, independientemente de su eficacia real, en función de los costos, o de una mejor calidad de vida de las pacientes.

El mes de octubre del 2013 se declaró como el mes de la sensibilización del cáncer de mama, SOLCA y el Ministerio de Salud se unieron en una campaña que pone énfasis en la importancia de la detección temprana. Se desarrollaron una casa abierta para chequeos gratuitos y charlas en los colegios, donde se destacaron las ventajas de la mamografía como parte de esta campaña. Se puso énfasis en la detección temprana, a través del autoexamen, para que las mujeres para pueden examinarse en la ducha, frente al espejo o acostada. Si notan alguna protuberancia inusual se puso énfasis en la visita al médico, recordándoles que prevenir este cáncer está en sus manos (Ecuavisa, 2013).

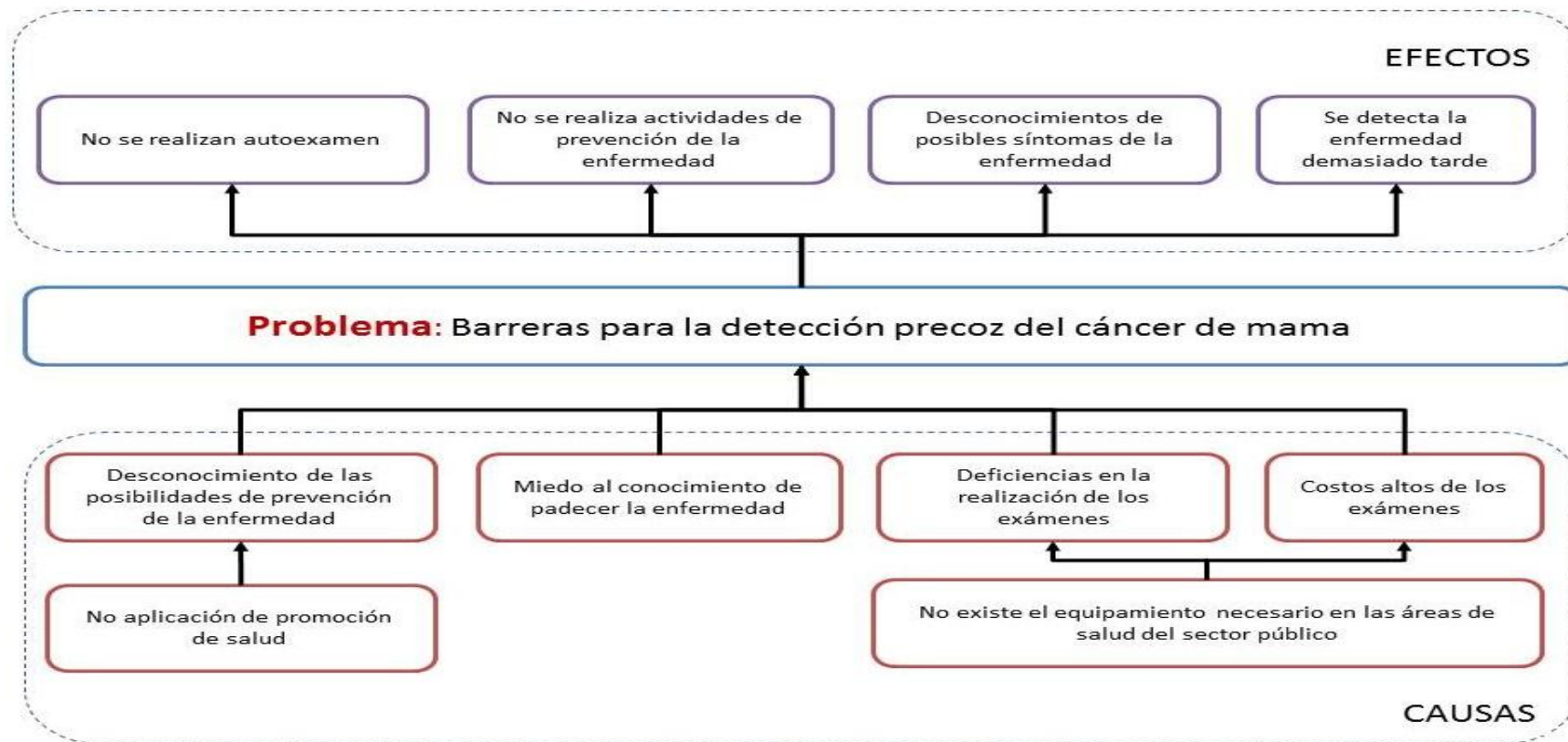


Gráfico N° 3. Árbol de Problemas

Elaborado por: Carmita Oyasa

1.2.3. Prognosis

La no aplicación de estrategias en la detección precoz del cáncer de mama en la población, incrementará el índice de mortalidad por la mencionada enfermedad y el tratamiento de casos en estadios avanzados, aumentando los costos para el sector salud, la familia y la comunidad.

1.2.4. Formulación del problema

¿Cuáles son las barreras que impiden la detección precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años atendida en el Hospital Julio Enrique Paredes en el periodo 2011- 2013?

1.2.5. Interrogantes

- ¿Qué percepciones y creencias tienen las mujeres sobre el cáncer de mama y su detección?
- ¿Qué barreras socio-culturales existen en las mujeres que impiden la detección precoz de cáncer de mama?
- ¿Qué grado de conocimiento acerca de la enfermedad tienen las mujeres diagnosticadas?
- ¿Qué estrategias se deben diseñar que ayuden en el diagnóstico precoz del cáncer de mama en las mujeres mayores de 25 años atendidas en el Hospital Julio Enrique Paredes?

1.2.6. Delimitación del objeto de la investigación

- Delimitación de contenido: Barreras para la detección precoz
- Campo: oncología
- Área: cáncer de mama
- Delimitación espacial: Hospital Julio Enrique Paredes SOLCA TUNGURAHUA
- Delimitación temporal: 2011-2013

1.3. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la importancia del factor genético en la aparición de la enfermedad, los factores socio-culturales juegan un papel también determinante, demostrado por el hecho de que el incremento de padecerlo o morir por esta causa puede estar relacionado con cambios en los patrones nutricionales, reproductivos, la disminución de la fecundidad, los cambios en los estilos de vida y las condiciones de trabajo de las mujeres, las dificultades en el acceso a los servicios de salud y la tecnología disponible para la detección y tratamiento precoz, el desempeño de los servicios de salud de baja calidad.

Los factores de riesgo y barreras identificados puede ser modificables, a través de actividades y estrategias de prevención realizados por el sistema de atención primaria de salud. La efectividad de la detección precoz y el tratamiento oportuno depende de la oportunidad con la que se aplican; de otra manera, los costos de la atención se incrementan en grado considerable, las ganancias en salud resultan mínimas y el esfuerzo desarrollado por el sistema es poco alentador.

Por lo anterior mencionado se pretende identificar las barreras que impidieron la detección precoz del cáncer de mama en las mujeres que padecen la enfermedad e identificar las existentes en la población sana, para así poder plantear estrategias que coadyuven a disminuir la incidencia de la enfermedad.

Los beneficiarios será la población libre de la enfermedad puesto que podrán contar con estrategias que les ayude a tener un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

Este proyecto de investigación es factible, ya que la autora y su tutor, poseen los conocimientos necesarios para llevar a buen fin este trabajo, además de contar con el apoyo de SOLCA Tungurahua a través del acceso a los datos de su departamento de estadística. En el aspecto económico todos los gastos que deriven de este trabajo de investigación serán sustentados por la autora del mismo.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. General

Identificar las barreras para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años atendidas en el Hospital “Julio Enrique Paredes” durante el periodo 2011- 2013.

1.4.2. Específicos

- Describir las percepciones y creencias que tenían las mujeres con respecto al cáncer de mama y su detección antes de saber su diagnóstico
- Determinar las barreras socioculturales para la detección precoz del cáncer de mama mujeres mayores de 25 años atendidas en el Hospital “Julio Enrique Paredes”.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama y las medidas de detección precoz en las mujeres mayores de 25 años previo a su diagnóstico.
- Diseñar estrategias que ayuden en la detección precoz del cáncer de mama en las mujeres atendidas en el Hospital “Julio Enrique Paredes”.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Tema: Implementación de un programa de detección oportuna de cáncer de mama a mujeres de 35 – 64 años de edad de la comunidad Chirijos del cantón Portoviejo, año 2011

Autor: Lcda. María Augusta Quijije Ortega

Lugar: Portoviejo, Manabí, Ecuador

Año: 2011

Objetivo: Promocionar en las mujeres de entre 35 a 65 años de la Comunidad de Chirijos las prácticas de detección oportuna del cáncer, mediante la implementación de un Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama, para reducir su morbi-mortalidad. **Materiales y métodos:** Las herramientas metodológicas que permitieron desarrollar las etapas de diseño, ejecución y evaluación del proyecto fueron: matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos, matriz del marco lógico. **Resultados:** El proyecto se genera como solución a la problemática de salud identificada en la línea base en donde se identifica que de las atenciones otorgadas por el Subcentro de salud, el 38% correspondieron a ganglios en seno, por lo que se realizó un diagnóstico situacional participativo y se identificó como problema principal el desconocimiento de prácticas de detección oportuna de cáncer de mama. Se redactó y aprobó la propuesta. Se identificó los factores de riesgo, focalización del tamizaje, procedimientos y algoritmos de atención, fichas de registro. Se logró informar a las mujeres sobre la detección oportuna del cáncer de mama a través

material informativo. **Conclusiones:** Es esencial la detección temprana, junto con una combinación de intervenciones, para poder hacer frente a este desafío.

Tema: Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama

Autor: Grey Yuliet Ceballos-García

Lugar: Universidad de Antioquia

Año: 2009

Objetivo: describir las barreras que impiden a las mujeres con cáncer de mama (CaMa) acceder a los servicios de salud y adoptar hábitos favorables para la detección precoz y el tratamiento oportuno. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada; la recolección de los datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas a 13 mujeres entre los 24 y 77 años de edad, con diagnóstico de CaMa, realizado entre el 2006 y 2008 en Medellín, Colombia. **Resultados:** se describen "autobarreras" como: el temor a los ámbitos y tratamientos médicos, el retraso para consultar por considerar prioritarios los compromisos laborales y familiares, y las experiencias terapéuticas negativas. **Conclusiones:** el estudio muestra que las "autobarreras" impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno de CaMa, estas no pueden ser explicadas desde una visión simplista y aislada; el ser humano es el resultado de su contexto, sus vivencias personales y su relación con los otros. Uno de los principales hallazgos fue la descripción de un proceso en el que las mujeres finalmente desarrollan una nueva lógica frente al riesgo del CaMa que les permite pensar en el autocuidado y el cuidado de los otros como sujetos de riesgo.

Tema: Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca

Autor: Gustavo Nigenda

Lugar: México

Año: 2009

Objetivo. Identificar las barreras sociales, culturales y de los servicios de salud que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del cáncer de mama en el

DF y en Oaxaca. **Material y métodos.** Estudio exploratorio transversal de corte cualitativo realizado en el 2008 y publicado en el año 2009, en el que intervinieron:

- Mujeres mayores de 25 años sin la afección
- Mujeres diagnosticadas y sus parejas varones
- Directores de programas de cáncer de mama de diversas instituciones.

Se recogió información mediante grupos focales y entrevistas, que se grabaron y transcribieron previo consentimiento informado. **Resultados.** La exploración inicial permitió identificar barreras de acceso a los servicios en: a) disponibilidad de información para la población general; b) entrenamiento de los médicos generales y ginecólogos de primer contacto; y c) temores de la pareja y familia. **Conclusiones.** Las barreras identificadas en los tres niveles muestran notorias deficiencias en la difusión de información tanto a la población en general como a los proveedores de servicios de salud.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Este trabajo de investigación se fundamenta en el paradigma crítico-propositivo. El paradigma crítico – propositivo surge como una alternativa de superación a la visión tradicionalista y tecnocrática del Positivismo, en base al aporte de varios científicos y pensadores de los últimos tiempos, como Karl Marx, Lev Vigotsky, Pichón Riviere, Leontiev y otros, quienes parten de una crítica a la situación del contexto, para llegar a una propuesta de una nueva forma de comprender y hacer ciencia. Este paradigma se apoya en el hecho de que la vida social es dialéctica, por tanto, su estudio debe abordarse desde la dinámica del cambio social, como manifestación de un proceso anterior que le dio origen y el cual es necesario conocer. La aproximación a los hechos sociales parte de sus contradicciones y desigualdades sociales, en la búsqueda de la esencia del problema (ClubEnsayos.COM, 2014).

Este trabajo de investigación es crítico porque se cuestionó los esquemas sociales y propositivo ya que la investigación no se detuvo en la observación de los

fenómenos sino que plantea alternativas de solución, con una alternativa de investigación social, fundamentada en la superación de las barreras para la detección temprana del cáncer de mama, de tal modo que se logre un compromiso de los pacientes y sus familias examinando la esencia del ser. Se pretende generar cambios profundos en la conciencia de prevención del desmejoramiento de la calidad de vida del paciente oncológico y su entorno, fortaleciendo la prevención, encaminando la transformación social, rompiendo mitos y mejor entendimiento social del padecimiento.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

De acuerdo con los cuerpos legales que regulan el país tenemos:

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

Sección Séptima

De la salud

Art. 32.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008)

2.3.2. Plan Nacional del Buen Vivir

Dentro de las políticas y lineamientos del Objetivo 3. “Mejorar la calidad de vida de la población”, del plan nacional del Buen Vivir se tiene que:

Política 3.2: Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

- a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.
- b. Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.

2.3.3. La Ley Orgánica de Salud

En el capítulo III, Art. 69, de las enfermedades no transmisibles se promulga: La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

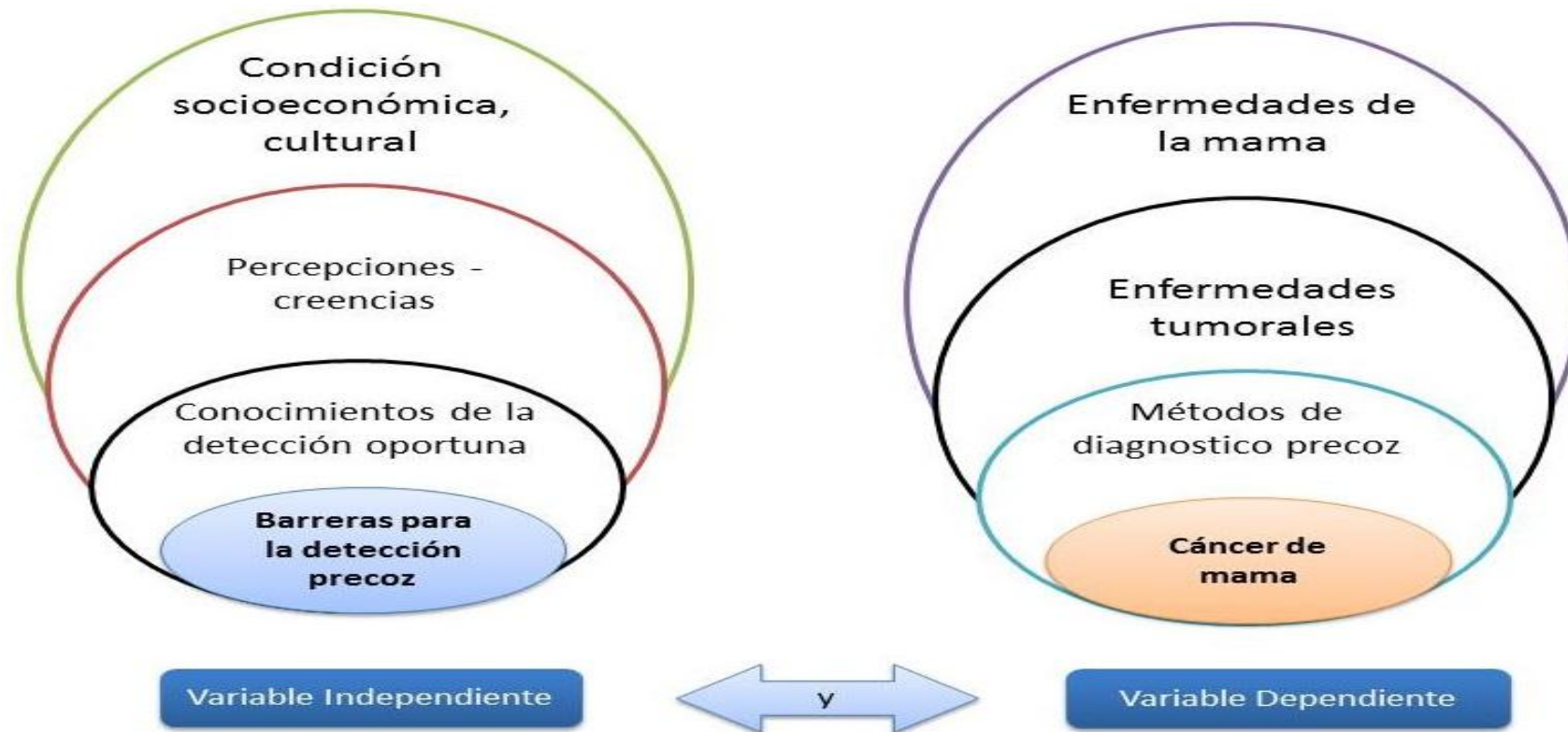


Gráfico N° 4. Categorías Fundamentales

Elaborado por: Carmita Oyasa

2.5. MARCO TEÓRICO VARIABLE INDEPENDIENTE

2.5.1. Definición del Cáncer de Mama

El cáncer de mama es un padecimiento que se debe al crecimiento anormal de células, y aunque varía en cada caso, puede clasificarse de acuerdo al lugar en que se origina.

El cáncer de mama se conoce como carcinoma. Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en un 90% de los casos, el interior de los conductos que, durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos.

Son células des diferenciadas que han aumentado sus capacidades reproductivas enormemente y que se han vuelto inmortales, éstas células tampoco suelen madurar, aunque con frecuencia se diferencian adoptando características propias de estirpes celulares diferentes a las células de las que proceden, lo que se conoce como metaplasia, un fenómeno por el que adquieren características que las acercan a las células totipotenciales.

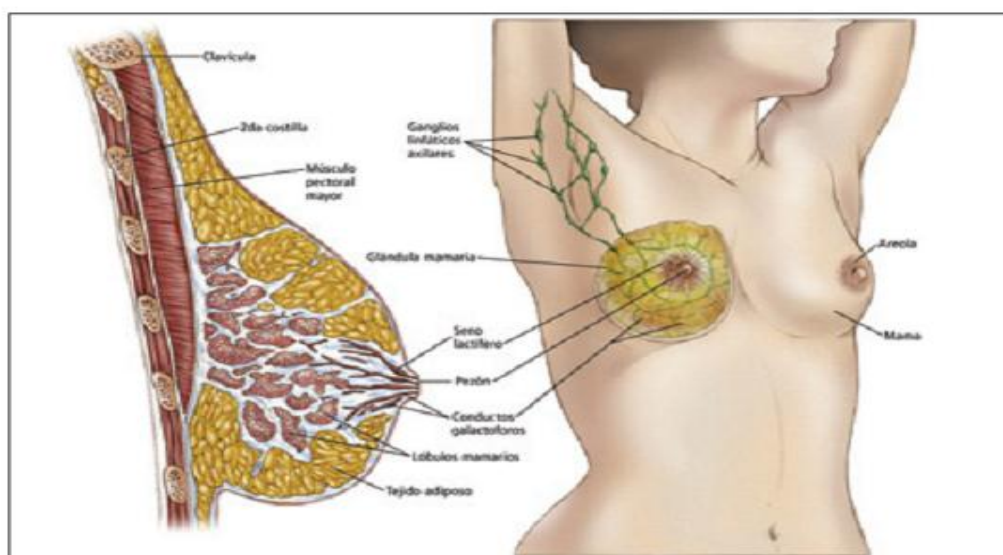


Gráfico N° 5. Cáncer de Mama

Fuente: (American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), 2011, págs. 2 - 3)

El cáncer de mama se origina cuando las células normales en la mama empiezan a cambiar y a crecer sin control y forman una masa llamada tumor. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso, lo que significa que se puede diseminar a otras partes del cuerpo). (American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), 2011, págs. 2 - 3)

La mama está formada principalmente por tejido adiposo.

Dentro de este tejido se encuentra una red de lóbulos formados por minúsculas estructuras tubulares llamadas lobulillos que contienen las glándulas de secreción de la leche. Conductos minúsculos conectan las glándulas, los lóbulos y los lobulillos, y transportan la leche desde los lóbulos al pezón, ubicado en el centro de la areola (el área más oscura que rodea al pezón).

Toda la mama está irrigada por vasos sanguíneos y linfáticos; la sangre irriga las células, y el sistema linfático drena los productos de desecho corporal. Los vasos linfáticos se conectan con los ganglios linfáticos, que son órganos diminutos con forma de poroto que ayudan a combatir las infecciones. (American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), 2011, págs. 2 - 3)

El cáncer de mama se disemina cuando las células cancerosas se desplazan a otros sitios del cuerpo a través de los vasos sanguíneos o linfáticos. Esto se denomina metástasis. Lo más frecuente es que el cáncer de mama se extienda hacia los nódulos linfáticos de la región. Pueden ser axilares (ubicados debajo del brazo), cervicales (ubicados en el cuello) o supraclaviculares (ubicados inmediatamente arriba de las clavículas). Cuando se extienda a otras partes del cuerpo con frecuencia se ven afectados los huesos, los pulmones y el hígado. Más raramente, el cáncer de mama puede diseminarse al cerebro. El cáncer también puede reaparecer (regresar después del tratamiento) localmente en la piel, en la misma mama (si el tratamiento no incluyó extirpación), en otros tejidos de la región torácica o en otras partes del cuerpo. (American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), 2011, págs. 2 - 3)

El cáncer de mama es una enfermedad en que se desarrollan células malignas en los tejidos de la mama. La glándula mamaria se compone de lóbulos y lobulillos conectados mediante conductos, y esta enfermedad afecta a una, o ambas, de las estructuras mencionadas. Estadísticas en países donde el cáncer de mama se detecta principalmente por mamografías de escrutinio indican que del 15 al 30% de las neoplasias malignas de mama corresponden a carcinomas in situ, y el resto a carcinomas infiltrantes (Cotran, Robbins, & V, 1999). Aproximadamente el 80% de los carcinomas son ductales, y el resto, lobulillares. Los carcinomas ductales infiltrantes pueden ser de tipo tubular/cri-biforme, coloides, medulares o papilares. (Brandan & Villaseñor Navarro, 2006, pág. 148)

Una célula cancerosa de mama generalmente se duplica cada 100-300 días (7). Una neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución. Esta simple estimación sugiere la utilidad de la detección temprana, con métodos capaces de visualizar alteraciones (subclínicas) de tamaño inferior a un centímetro. (Brandan & Villaseñor Navarro, 2006, pág. 148)

El cáncer puede ser causado por agentes que dañan los genes involucrados en el control de la proliferación celular (proto-oncogenes), los cuales actúan en conjunto con agentes que no dañan los genes pero que potencian selectivamente el crecimiento de las células tumorales. El cáncer aparece cuando una sola célula acumula varias mutaciones, generalmente durante varios años, escapando de los procesos de control de la proliferación y muerte (Herrera-Gómez & col, 2000). (Brandan & Villaseñor Navarro, 2006, pág. 148)

2.5.2. Tipos de cáncer de mama

La mayoría de los casos de cáncer de mama comienza en los conductos o lóbulos. Casi el 75% de todos los casos de cáncer de mama comienza en las células que recubren internamente los conductos de la leche y se denomina carcinoma ductal. El cáncer que comienza en los lobulillos se conoce como carcinoma lobular. Si la enfermedad se ha diseminado fuera del conducto hacia el tejido circundante, se denomina carcinoma ductal invasivo o infiltrante. Si la enfermedad se ha

diseminado fuera del lobulillo, se llama carcinoma lobular invasivo o infiltrante. Cuando la enfermedad no está extendida se la denomina “in situ”, que quiere decir “en el lugar”. La forma en la que la enfermedad se desarrolla y extiende, así como el tratamiento, dependen de si se trata de un carcinoma ductal in situ (DCIS) o carcinoma lobular in situ (LCIS). La mayor parte de los cánceres de mama in situ son DCIS. En la actualidad, los oncólogos recomiendan que el carcinoma DCIS se extirpe quirúrgicamente para ayudar a prevenir que se convierta en un cáncer invasivo y que se disemine a otras partes de la mama o del cuerpo. La radioterapia y la quimioterapia también podrían recomendarse para el DCIS (consulte la sección Tratamiento para obtener más información).

El LCIS no se considera cáncer y, por lo general, es controlado por el médico. Constituye un factor de riesgo para el cáncer de mama (consulte la sección Factores de riesgo para obtener más información). Otros tipos de cáncer de mama menos comunes incluyen el cáncer medular, mucinoso, tubular metaplásico y papilar de mama. El cáncer inflamatorio de mama es un tipo de cáncer de rápido crecimiento que representa aproximadamente del 1% al 5% de todos los casos de cáncer de mama. Puede haber un diagnóstico equivocado de infección de la mama porque a menudo se presenta hinchazón de la mama y enrojecimiento de la piel de la mama. La enfermedad de Paget es un tipo de cáncer que puede comenzar en los conductos del pezón. En muchos casos, la piel se vuelve escamosa y puede presentar comezón. Aunque en general permanece in situ, también puede ser un cáncer invasivo. (American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), 2011, págs. 2 - 3)

2.5.3. Desarrollo de la enfermedad

Es sabido que una célula normal posee la capacidad de dividirse (en el proceso de mitosis) y la capacidad de adquirir diferencias en su forma y función dependiendo del órgano o tejido del que forme parte.

Así, por ejemplo, las células de los epitelios se agrupan en capas para formar una barrera protectora, a diferencia de las neuronas del sistema nervioso, que adquieren múltiples ramificaciones encargadas de la transmisión de señales. Una

célula normal tiene un crecimiento controlado y una muerte programada. Un conjunto de células da lugar a la formación de tejidos, órganos y sistemas. Cada tipo de tejido posee cualidades de modo que podemos distinguir los siguientes:

Tejidos que se encuentran continuamente en división y regeneración

- Tejidos que en condiciones normales no se dividen, pero si se extirpa puede regenerarse y aumentar de tamaño.
- Tejidos que no se dividen, por lo tanto cuando sufren una lesión ésta es irreparable porque es incapaz de regenerarse.

El proceso de transformación de una célula normal a cancerosa es cuando diversos agentes, denominados carcinógenos, actúan sobre nuestro organismo, produciendo un daño en el ADN de nuestra célula sana. Ocurriendo diversas situaciones:

- Que la célula emplee sus mecanismos de reparación y que éstas tengan éxito y se vuelva a un funcionamiento normal.
- Que sus mecanismos no arreglen el daño y que la célula muera.
- Que los mecanismos no sean capaces de reparar el daño y este no sea letal, de forma que la célula sigue viviendo pero con un funcionamiento anómalo. Cuando este funcionamiento alterado afecta a los mecanismos de proliferación y diferenciación puede originarse un tumor.

La célula dañada da origen a un tumor que prolifera incontrolablemente dando lugar mediante divisiones sucesivas a células semejantes que se caracterizan por ser indiferenciadas, es decir, no adquieren el aspecto de un tejido específico del organismo.

Si el tumor maligno sólo prolifera localmente, la agresividad del cáncer es limitada y su extirpación permite la curación.

Las células que se diseminan a otros órganos constituyen la metástasis que se origina por múltiples vías:

- Diseminación por contigüidad. El tumor crece a estructuras vecinas.

- Diseminación por vía hematológica. Las células tumorales viajan por torrente sanguíneo asentando en órganos a distancia.
- Diseminación por vía linfática. Las células asientan en ganglios linfáticos cercanos al tumor. (Torres Trujillo, Román , 2010, págs. 21-23 y 43-45)

Abordaje Diagnóstico

El cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos, es decir que solamente es detectable por estudios de imagen (mastografía, ultrasonido y resonancia magnética), en menor proporción por clínica (tumores palpables); sin embargo otra forma de presentación común es como un tumor no doloroso que hasta en 30% se asocia a adenopatías axilares. El carcinoma inflamatorio de la mama, un tipo de presentación poco común pero de mal pronóstico y que por lo general progresa rápidamente, se caracteriza por una induración difusa de la mama con eritema, edema y aumento de la temperatura local en al menos un tercio de la glándula, en la mayoría de los casos no existe una tumoración franca palpable. Todavía menos frecuente es el diagnóstico de cáncer de mama por los síntomas de la metástasis y no por el tumor primario. Es de suma importancia tener en cuenta dentro del abordaje diagnóstico los factores de riesgo del paciente, sus condiciones generales y antecedentes heredo-familiares. (Arce, y otros, 2011, pág. 78)

2.5.4. Factores de riesgo para cáncer de mama

Únicamente el 12% de los pacientes con cáncer de mama tienen un factor de riesgo identificable. En 88% de las pacientes, ningún factor de riesgo puede ser determinado, indicando que todas las pacientes deberán ser consideradas en riesgo.

Para poder determinar el grado de asociación entre la exposición a un cierto factor y el riesgo de un desenlace dado se emplea una herramienta epidemiológica denominada Riesgo Relativo (RR). Por definición RR es la razón de la tasa de la enfermedad (generalmente incidencia o mortalidad) en los expuestos, sobre la tasa en los no expuestos (VIII). Con RR se denota, en forma cuantitativa, el riesgo que

tiene una paciente que es positiva a la presencia de un factor en relación a otra que es negativa para el mismo (II). Así, un riesgo relativo de 1 indica que no existe un incremento de riesgo de padecer la patología, mientras que un riesgo de 10 indica que existe un aumento en el riesgo 10 veces mayor.

A diferencia de la bien establecida relación entre el tabaquismo y el cáncer pulmonar, no se han identificado factores de este tipo que tengan un mayor efecto sobre el riesgo de cáncer de mama. Muchos son los factores que se han intentado asociar con el cáncer de mama, sin embargo, como veremos, solo unos pocos pueden considerarse como documentados.

Edad

Al igual que para otros muchos cánceres, la frecuencia de cáncer de mama aumenta rápidamente con la edad siendo extremadamente baja antes de los 30 años (< 25 casos/100.00 mujeres) para luego sufrir un lento incremento en forma lineal después de los 50 años, o sea, la edad promedio en que se presenta la menopausia, hasta los 80 años en que alcanza una estabilización que representa aproximadamente unos 500 casos/100.000 mujeres).

La frecuencia acumulada de cáncer de mama entre las mujeres de Europa y Norte América es de cerca del 2.7% a los 55 años, 5.0% para los 65 años y del 7.7% para la edad de 75 años. Esto quiere decir que si se comparan todas las mujeres menores de 65 años con las mayores a 65 años, el R.R. de cáncer de mama asociado con el incremento de la edad es de 5.8 veces. (Key TJ, Verkasato PK, Banks E., 2001, págs. 18-23)

Incidencia según el sexo

El simple hecho de ser mujer es el principal riesgo de padecer cáncer de seno. Los hombres pueden padecer cáncer de seno, pero esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres. Esto probablemente se debe a que los hombres tienen menos de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, lo que puede promover el crecimiento de células cancerosas de seno. (American Cancer Society , 2013)

Envejecimiento

Su riesgo de padecer cáncer de seno se incrementa conforme su edad aumenta.

Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más. (American Cancer Society , 2013)

Factores de riesgo genéticos

Se cree que alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos de cáncer de seno son hereditarios, lo que significa que se originan directamente de defectos genéticos (llamados mutaciones) heredados de uno de los padres.

BRCA1 y BRCA2: la causa más común de cáncer de seno hereditario es una mutación hereditaria en los genes BRCA1 y BRCA2. En las células normales, estos genes ayudan a prevenir el cáncer al producir proteínas que ayudan a evitar el crecimiento anormal de las células. Si usted heredó una copia mutada de uno de estos dos genes de cualquiera de sus padres, usted tiene un alto riesgo de cáncer de seno en el transcurso de su vida. Aunque en algunas familias con mutaciones BRCA1 el riesgo de padecer cáncer de seno durante la vida es tan alto como 80%, en promedio este riesgo parece estar entre 55 a 65%. Para las mutaciones BRCA2, el riesgo es menor, alrededor de 45%. (American Cancer Society , 2013)

Los cánceres de seno asociados a estas mutaciones se presentan con más frecuencia en mujeres más jóvenes y con más frecuencia afectan a ambos senos en comparación con cánceres no asociados a estas mutaciones. Las mujeres con estas mutaciones hereditarias también tienen un riesgo aumentado de padecer otros tipos de cánceres, particularmente cáncer de ovario. (American Cancer Society , 2013)

Antecedentes familiares de cáncer de seno

El riesgo de cáncer de seno es mayor entre las mujeres cuyos familiares directos (consanguíneos) tienen esta enfermedad. (American Cancer Society , 2013)

El que un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padezca cáncer de seno casi duplica el riesgo de una mujer. El riesgo aumenta aproximadamente tres veces, si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad. Aunque no se sabe el riesgo exacto, las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno en el padre o un hermano también tienen riesgo aumentado de padecer esta enfermedad. En general, menos del 15% de las mujeres con cáncer de seno tiene un familiar con esta enfermedad. Esto significa que la mayoría (85 por ciento) de las mujeres que padecen cáncer de seno no tienen antecedentes familiares de esta enfermedad. (American Cancer Society , 2013)

Variaciones Internacionales

Tanto la frecuencia como la mortalidad por cáncer de mama varían cerca de cinco veces entre las poblaciones alrededor del mundo. Las tasas son altas en la mayoría de los países desarrollados y más bajas en los menos desarrollados. La excepción la constituye Japón en donde también la tasa es baja aunque en los últimos años ha estado aumentando en forma paulatina.

Entre inmigrantes de países de bajo riesgo que se asientan en países de alto riesgo, la tasa se incrementa y eventualmente adquieren riesgo similar al del resto de la población de su nuevo país. Un estudio de emigrantes de Asia a los EUA mostró que el incremento en la tasa de cáncer de mama se encontró primero después de 10 años de residencia en EUA, pero que el máximo incremento observó en la primera o segunda generación. (La Vecchia C., 2003, págs. 437-438)

En los países occidentales, la tasa de cáncer de mama mostró un franco incremento desde inicios del siglo veinte hasta 1990 mientras que en Japón el incremento se observó durante los últimos 30 años, pero en forma tal, que para finales de los años 90 la tasa de cáncer de mama en mujeres jóvenes en Japón fue similar a aquellos observados en países desarrollados 30 años antes. Estas diferencias no pueden ser explicadas únicamente en base a factores reproductivos por lo que se han buscado otras explicaciones. Se ha llamado la atención, por ejemplo, a la edad de presentación de la menarquia que es aproximadamente 2 años más tarde en las mujeres japonesas que en las de los países occidentales. Por

otra parte, las mujeres japonesas en promedio tienen su primer hijo a una edad más tardía que su contraparte occidental pero su tasa de nuliparidad es mucho más baja que la de las mujeres de EUA. Pese a esto, la edad del primer hijo, la paridad y la edad de la menopausia durante la mitad del siglo veinte no difiere grandemente entre Japón y los países occidentales. (Estadísticas de cancer de los Estados Unidos, 2004)

Durante la década final del siglo veinte, la tasa de incidencia y mortalidad para cáncer de mama cambió sorprendentemente en algunos países occidentales. Por ejemplo, hubo un alza en la incidencia para mujeres en edades comprendidas entre 50 y 70 años lo cual resultó coincidir con la introducción de la pesquiza con mamografía desde 1988(I-5). En contraste, la mortalidad de cáncer de mama cayó durante este mismo período de tiempo. Esta caída en la mortalidad puede ser debida a, principalmente, a una mejora en el diagnóstico y tratamiento más que a cambios en la epidemiología subyacente de la propia enfermedad.

Menarquia y Ciclo Menstrual

Cuanta más tarde sea la edad de presentación de la primera menstruación, más bajo será el riesgo de una mujer a sufrir cáncer de mama. Así, las mujeres que comienzan a menstruar antes de los 12 años tienen un RR de cáncer invasor de 1.3 comparadas con aquellas que comenzaron después de los 15 años. Por cada año de retardo en la presentación de la menarquia, el riesgo disminuye en cerca del 5%. Existen también pruebas de que, aunque la edad de la menarquia está relacionada con el riesgo de cáncer de mama en todas las edades, el efecto puede ser mayor en mujeres jóvenes (premenopáusicas). Otros factores menstruales, tales como longitud y regularidad del ciclo, no han sido consistentemente relacionados a riesgo de cáncer de mama. (La Vecchia C., 2003)

Partos

Los partos parecen tener un efecto dual en relación al riesgo de cáncer de mama. Lo incrementa en el período inmediatamente posterior al nacimiento, pero este aumento en el riesgo disminuye gradualmente y, a largo plazo, el efecto de una

nacimiento es protector contra la enfermedad. Comparadas con las mujeres nulíparas, las mujeres que han tenido al menos un embarazo a término tienen, en promedio, alrededor de un 25% de reducción en el riesgo de cáncer de mama. Además, la protección se ve incrementada con el aumento en el número de embarazos a término en forma tal que una mujer con cinco o más niños tiene cerca de la mitad del riesgo que una mujer nulípara.

La edad del primer embarazo a término afecta el riesgo de cáncer de mama independientemente del número total de embarazos; la protección es mayor a menor edad del primer parto a término. En un meta-análisis de estudios de países Nórdicos, las mujeres que tuvieron su primer hijo por debajo de los 20 años tuvieron un 30% de disminución de riesgo de cáncer de mama que aquellas que lo tuvieron después de los 35 años. (MacMahon B, Pugh TF, 2008)

Las pruebas acerca de la influencia de los embarazos incompletos, incluyendo abortos (inducidos o no), es menos clara, pero no parecen provocar grandes efectos sobre el riesgo de cáncer de mama en ningún sentido.

Lactancia

El efecto de la lactancia sobre el riesgo de cáncer de mama ha sido controversial, probablemente debido a que los cambios en el riesgo asociado con el promedio de lactancia son pequeños. Sin embargo, estudios recientes en países menos desarrollados, donde la duración total del período de lactancia puede ser muy largo, han informado de efectos protectores sustanciales. Esto también ha sido observado en algunos estudios realizados en países más desarrollados. Por ejemplo, el estudio americano de Hormonas Esteroideas y Cáncer de mama examinó la relación entre lactancia y cáncer de mama en más de 4500 mujeres con la enfermedad y encontró que las mujeres que habían amamantado por un total de 25 meses o más tuvieron un 33% de menos riesgo de cáncer de mama que aquellas quienes nunca amamantaron, este resultado fue ajustado a paridad y edad del primer embarazo a término. El efecto protector de lactancias previas sobre el riesgo de cáncer de mama puede ser muy fuerte en mujeres jóvenes que en mayores. (Falkenberry SS, Legare RD, 2009, págs. 45-49)

Menopausia

Las mujeres que experimentan la menopausia en edades avanzadas están en mayor riesgo de presentar cáncer de mama que aquellas que cesan de menstruar en forma temprana, con un riesgo total de cerca del 3% por cada año después de la edad promedio para presentar la menopausia. Así, aquellas mujeres que entran a la menopausia hasta los 55 años o después muestran un RR de 1.22 comparadas con aquellas que la experimentan antes de los 45 años. La magnitud de este efecto es similar sea que la menopausia se presente en forma natural o como resultado de una ooforectomía bilateral lo que cual sugiere que el número total de ciclos menstruales ovulatorios a las que una mujer está sometida durante toda su vida es lo que constituye el factor de riesgo de cáncer de mama. El efecto protector de la menopausia puede justificar el aumento más lento observado en la tasa de incidencia de cáncer de mama después de los 50 años. Así, las mujeres premenopáusicas están en mayor riesgo de tener un cáncer de mama que las mujeres postmenopáusicas de la misma edad y las mujeres perimenopáusicas se encuentran en un riesgo intermedio.

Hormonas Endógenas

Durante la década pasada, algunos estudios prospectivos de cohorte han examinado la relación entre las concentraciones séricas de hormonas y riesgo de cáncer de mama. Para las mujeres postmenopáusicas, los estudios han mostrado una asociación positiva entre las concentraciones de estradiol y riesgo; las mujeres postmenopáusicas con altas concentraciones de estradiol tienen un riesgo de cerca del doble en relación a las mujeres con bajas concentraciones de esta hormona. Están disponibles pocos datos de estudios prospectivos de estradiol entre mujeres premenopáusicas y los resultados son inconsistentes. Una asociación positiva también ha sido observada en, al menos, algunos estudios con otras hormonas sexuales como prolactina y factor 1 de crecimiento tipo insulínico.

Anticonceptivos Orales

El riesgo de cáncer de mama está aumentado en cerca del 25% en la usuarias de anticonceptivos orales, pero el exceso de riesgo cae después del cese de su empleo de manera tal que 10 o más años después de suspender su empleo no se demuestra un incremento significativo en el riesgo. El riesgo no varía significativamente con la duración del uso o el empleo de anticonceptivos orales combinados. El efecto sobre el riesgo de cáncer de mama tampoco varía con el tipo de estrógeno o progestágeno empleado. Aunque algunos datos sobre los anticonceptivos orales a base solo de progestágenos son limitados, sus efectos parecen ser ampliamente similares a aquellos de preparaciones combinadas.

El uso de anticonceptivos orales combinados está asociado con un mayor aumento de cánceres localizados que aquellos que se han diseminados más allá de la mama. Estos hallazgos han originado la posibilidad de que el aumento de riesgo de cáncer de mama en usuarias de anticonceptivos orales podría ser debido a un incremento en la vigilancia a la que son sometidas estas pacientes.

Debido a que el cáncer de mama es raro en mujeres jóvenes que es cuando comúnmente se emplean los anticonceptivos esto no ha reflejado un aumento en el número de casos de cáncer de mama. Sin embargo, el uso de anticonceptivos en forma tardía en la vida reproductiva de una mujer podría resultar en un incremento relativo del riesgo de tener un cáncer de mama en un momento en que el número de factores de riesgo se tornan más apreciables. En este último caso, el uso tardío de anticonceptivos orales si puede aumentar el número de casos de cáncer de mama. (Nissan A, Spira RM, 2008, págs. 62-67)

Terapia Hormonal de Reemplazo

El uso de Terapia de Reemplazo Hormonal para la Menopausia (TRHPM) en la mujer menopáusica se realiza en un momento en que la mujer está en el más alto riesgo para padecer cáncer de mama. Por tanto, las mujeres que emplean TRHPM están en más riesgo de padecer cáncer de mama que aquellas que nunca han usado estas preparaciones. A principio de los años 70 la TRHPM fue recomendada para

los síntomas menopáusicos, sin embargo, a partir de los 90 comenzaron a aparecer informes que la relacionaban con un aumento en la incidencia de cáncer de mama. Los datos extraídos del Grupo de estudio sobre Factores Hormonales en cáncer de mama en 1977 (CGHFBC, por sus siglas en inglés) y otros grandes estudios han mostrado que entre las usuarias de TRHPM actuales o quienes habían cesado su empleo entre 1 a 4 años previos el riesgo de cáncer de mama se incrementa por cada año de uso, mostrando un RR de 1.35 después de 5 o más años de uso y que, a su vez, este incremento tiende a disminuir una vez que cesa su uso. La mayoría de los estudios hasta ahora sugieren que después de la suspensión de la TRHPM por 5 o más años no se aumenta el riesgo relativo para cáncer de mama entre las mujeres que los han empleado, sin embargo, hacen falta más datos, acerca de esta situación, para poder considerarlos como realmente seguros.

La magnitud del efecto de la TRHPM sobre el riesgo de cáncer de mama es objeto de continuas investigaciones. La mayoría de los estudios se han basado sobre las preparaciones que contienen únicamente estrógenos y los datos de estos estudios, cuando fueron analizados por el CGHFBC mostró que el riesgo para aquellas que emplean preparaciones de estrógenos y progestágenos combinados fue ligeramente mayor que para las usuarias de estrógenos solos, pero esta diferencia no fue suficientemente significativa para provocar un aumento en el RR(I-2,II). Sin embargo, estudios subsecuentes en pequeños números de pacientes acerca del efecto de la terapia hormonal, todos sugerían que el empleo de preparaciones de estrógenos y progestágenos combinados incrementaban el riesgo de cáncer de mama. No obstante, no fue sino hasta que los resultados de un corte de 5 años del estudio Women's Health Initiative (WHI), un estudio multi-institucional que matriculó más de 16.000 mujeres postmenopáusicas en edades entre los 50 y los 79 años para valorar el riesgo-beneficio de la TRHPM empleando las preparaciones más comunes en el mercado de estrógenos solos o combinados con progesterona, que esta apreciación se hizo más evidente. En julio del 2002 el Instituto Nacional de Salud suspendió súbitamente el brazo de estudio WHI de las preparaciones hormonales combinadas debido a que el análisis de los datos indicó que las mujeres en este grupo aumentaron su riesgo de eventos vasculares

cerebrales y enfermedad coronaria aunado a un aumento del 26% en el riesgo de cáncer de mama en un período de 5 años.

Debe insistirse, sin embargo, que el aumento de riesgo para cáncer de mama, hasta ahora, solo es aplicable a los regímenes de terapia estrógeno-progesterona. Aunque los estudios epidemiológicos indican que los estrógenos solos pueden también aumentar el riesgo de cáncer de mama, esto no ha sido demostrado en el estudio WHY y su brazo de estudio de estrógenos solos actualmente continua.

Por otra parte ningún otro factor ha mostrado modificar el efecto de la TRHPM sobre el riesgo de cáncer de mama, en efecto, la TRHPM no parece aumentarse en función del IMV, alcoholismo, paridad, patología benigna o historia familiar de cáncer de mama. (Freedman RA, He Y, Winer EP, Keating NL, 2009)

Otras Hormonas Exógenas: Dietilelestrol y Drogas para la Fertilidad

El uso de Dietilelestrol durante el embarazo está ahora formalizado, pero estudios de mujeres expuestas a este producto desde 1940 a 1960 demostró que su empleo estuvo asociado con un 30% de incremento en el riesgo subsecuente de cáncer de mama entre las mujeres que fueron tratadas.

El tratamiento de la infertilidad puede conllevar la exposición a una variedad de drogas hormonalmente activas, incluyendo Citrato de Clomifeno, Gonadotropina Menopáusica humana y hormonas relacionadas con las gonadotropinas. La mayoría de los estudios relacionados con el riesgo de cáncer de mama en relación a tales exposiciones no han detectado un incremento en el riesgo pero ellos han sido muy pocos y con importantes limitaciones en sus diseños. Un estudio reciente informó de un significativo pero transitorio aumento en el número de casos de cáncer de mama en los 12 meses siguientes a estimulación ovárica para fertilización in Vitro.

Factores Clínicos

Enfermedad benigna de la mama y Patrones parenquimales mamográficos. La mayoría de las mujeres sometidas a biopsias de mama no tiene un significativo

aumento de riesgo de cáncer de mama. El grupo histológicamente heterogéneo de “enfermedades benignas de la mama” es frecuentemente dividido en lesiones no proliferativas y lesiones proliferativas o con atipia. Las lesiones no proliferativas están generalmente asociadas con un poco no nulo aumento en el riesgo de cáncer de mama. Las lesiones proliferativas sin atipia confieren un incremento de hasta dos veces en el riesgo de cáncer de mama y la hiperplasia con atipia lo da en hasta cuatro veces comparado con mujeres sin enfermedad benigna de la mama.

Los estudios de los patrones parenquimales mamográficos han mostrado que las mujeres que con mayor cantidad de tejido mamario considerado como radio denso están en mayor riesgo para cáncer de mama que aquellas con mamas más radio lúcidas. Estimaciones acerca de la magnitud de este efecto han variado grandemente de acuerdo a la técnica empleada para medir la densidad.

Dieta

La observación de que la tasa de cáncer de mama es más alta en países con dietas altas en grasas que en Japón y países menos desarrollados donde la ingesta de grasa es mucho menor, llevó a la hipótesis de que las dietas altas en grasas incrementan el riesgo de cáncer de mama. Los mejores datos sobre esta hipótesis vienen de un análisis agrupado de siete estudios prospectivos y ellos no indican ninguna asociación entre la ingesta de grasa y el riesgo de cáncer de mama en mujeres adultas en países desarrollados. Estos resultados, sin embargo, no excluyen enteramente un efecto de la grasa sobre el cáncer de mama debido a que pocas mujeres en estos países realmente tiene una baja ingesta de grasas y debido a que existen considerables errores en la medición de la ingesta de grasas a través de los cuestionarios dietéticos; los participantes estudiados, muy seguramente, tienen una ingesta sustancialmente superior a la que ellos manifiestan en el informe.

Estudios más recientes han buscado otros posibles determinantes dietéticos de riesgo tales como el consumo de carnes, fibras, frutas, vegetales y fitoestrógenos. Puede haber un moderado efecto protector en el alto consumo de vegetales, pero los resultados para carne, fibra y fruta han sido inconsistentes y el riesgo de cáncer

de mama no ha mostrado ser más bajo en vegetarianos que en no vegetarianos. Ha habido mucho interés en la posibilidad de que los fitoestrógenos, encontrados en altas concentraciones en la soya y algunos otros alimentos, puedan bloquear los efectos de los más bastamente potentes estrógenos endógenos y por lo tanto reducir el riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, los resultados de los estudios con mucho aún son inconclusos. (Torres Trujillo, Román , 2010)

Alcohol y Tabaquismo

Estudios observacionales han repetidamente mostrado que el consumo de alcohol está asociado con un moderado incremento de riesgo de cáncer de mama. Los mecanismos propuestos para explicar esta aparente relación han oscilado desde relativamente específicos (la estimulación del metabolismo de carcinógenos tales como el acetaldehído) a aquellos más globales (Disminución de la eficiencia en la reparación del ADN o reducción en la ingesta de nutrientes protectores). En los estudios en que el consumo de alcohol se limitó al promedio de una copa al día o menos (12 gramos de alcohol aproximadamente) el RR no supero el 1.1 por lo que se considera que no afecta significativamente el riesgo para cáncer de mama. El riesgo se vio incrementado a 1.21 con un consumo de 2 copas al día y a 1.4 para aquellas que consumían 3 copas al día en relación a las que no consumen alcohol. Pese a lo anterior, en general ningún estudio ha podido demostrar mayor riesgo de cáncer de mama entre mujeres alcohólicas, por lo que por ahora, se puede decir que el efecto documentado del consumo de alcohol sobre la incidencia de cáncer de mama parece ser modesto, o sea, no mayor a 2 e indistintamente del tipo de alcohol consumido (vino, cerveza, etc).

Finalmente, es interesante lo encontrado por Royo-Bordonado y colaboradores quienes informaron que el RR asociado con el consumo de alcohol se vio incrementado entre mujeres con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de la media.

Por su parte, otros muchos estudios han examinado la relación entre tabaquismo y riesgo de cáncer de mama y la totalidad de ellos no han mostrado asociación.

2.5.5. Epidemiología del cáncer de mama

El cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo. Se estima que las mujeres que llegan a los 85 años de edad tendrán un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad; su frecuencia suele aumentar en países desarrollados, aunque en países no desarrollados existe un aumento del mismo en los últimos tiempos, lo que ha hecho que esta diferencia sea cada vez menos marcada.

Sin embargo, el grado de riesgo no es homogéneo entre la población en general. Es así como encontramos que mientras algunas mujeres nunca desarrollarán el cáncer de mama otras parecen tener un mayor riesgo de padecerlo. Por ello se ha vuelto necesario valorar e individualizar el perfil de riesgo de una paciente. (Key TJ, Verkasato PK, Banks E., 2001).

Tratamiento

El tratamiento integral del cáncer de mama es multi-disciplinario, los manejos de elección incluyen: la cirugía y la radioterapia en cualquiera de sus tres modalidades (neoadyuvante, adyuvante y paliativa), y el tratamiento sistémico se basa en la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares (Arce, y otros, 2011, pág. 80)

2.6. MARCO TEÓRICO VARIABLE DEPENDIENTE

2.6.1. Percepciones, Creencias y Otros Obstáculos

Hasta el momento no existe una causa específica para desarrollar cáncer de mama; sin embargo, se conocen varios factores de riesgo involucrado y relacionado directa o indirectamente con las hormonas reproductivas, en particular con la exposición prolongada a los estrógenos y progesterona.

Se ha comprobado que el riesgo para desarrollar cáncer de mama se incrementa con la edad a partir de la cuarta década de la vida. La probabilidad de desarrollar cáncer invasor en los siguientes 10 años es de 0.4 % para las mujeres entre 30 y

39 años; 1.5 % para las mujeres entre 40 y 49; 2.8 % para mujeres entre 50 y 59; 3.6 % para las mujeres entre 60 y 69.5 años. (National Cancer Institute. Surveillance, 2007)

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado también asociación entre el cáncer de mama y la menarquía temprana (antes de los 12 años), nuliparidad o paridad a edades tardías (después de los 35 años), menopausia tardía, alta densidad del seno en la mastografía, terapias hormonales de reemplazo, uso reciente de contraceptivos orales. Un meta análisis de 51 estudios epidemiológicos que involucra 52 705 mujeres con cáncer de mama y 108 411 mujeres sin la enfermedad, reveló que la terapia hormonal de reemplazo por periodo prolongado es responsable del exceso de casos de cáncer de mama, más de lo esperado normalmente en las mujeres entre 50 y 70 años no usuarias de la terapia hormonal. (Collaborative Group on Hormonal, 2006)

Otro meta análisis de 54 estudios epidemiológicos ha reportado incremento de 24% en el riesgo para desarrollar cáncer de mama en mujeres usuarias de anticonceptivos combinados, independientemente de la dosis, edad de inicio, duración del uso o antecedente familiar de la enfermedad. (Key TJ, Verkasato PK, Banks E., 2001).

La bibliografía ha mostrado además diferentes casos de barreras sociales y culturales que impiden el acceso de las pacientes a los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer de mama. Algunos de ellos se relacionan con miedos y temores a sufrir, morir, abandonar a los hijos, dejar de ser objeto de deseo, perder al esposo; tabúes sobre la incurabilidad del cáncer, percibirlo como sinónimo de muerte; y la generación de sentimientos de angustia, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección en el seno familiar.

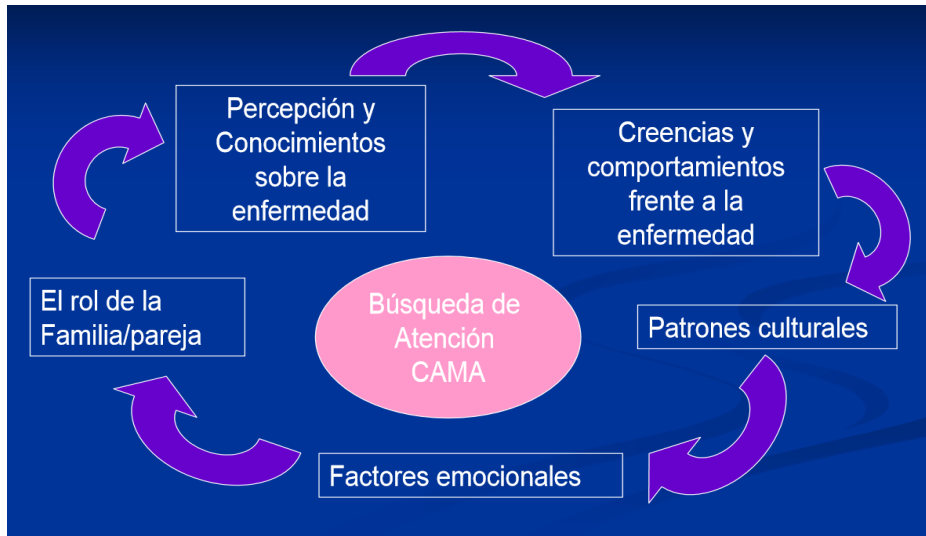


Ilustración N° 1. Barreras sociales y culturales

Fuente: Epidemiology of Breast Cancer

La falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención. Adicionalmente se presentan barreras económicas y barreras propias de atención de los diferentes sistemas de salud, como se observa a continuación:



Ilustración N° 2. Barreras económicas

Fuente: Epidemiology of Breast Cancer

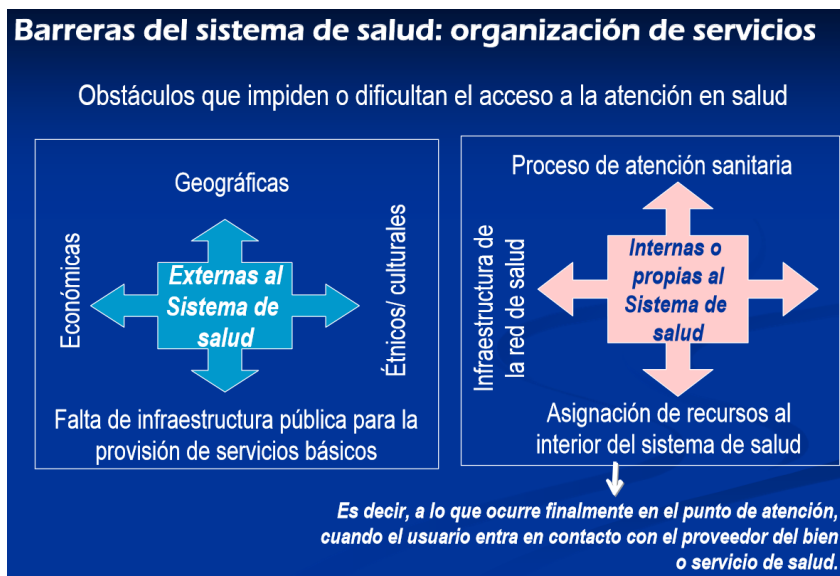


Ilustración N° 3. Barreras del sistema de salud

Fuente: Epidemiology of Breast Cancer

Adicionalmente se presentan barreras de información que impiden que las mujeres puedan realiza una detección precoz del cáncer de mama y prevenirlo oportunamente.



Ilustración N° 4. Barreras de acceso a la información

Fuente: Epidemiology of Breast Cancer

2.6.2. Prevención

Estilo de Vida

Los factores clásicos de riesgo para cáncer de mama, tales como la edad de la menarca y la menopausia y la paridad no son manipulables para cambiarlos con el propósito de reducir el riesgo en una mujer. Sin embargo, otros factores de riesgo relacionados con la conducta de la mujer pueden ser modificados y estos cambios pueden reducir el riesgo de cáncer de mama y, además, tendrán otros beneficios sobre la salud general de las mujeres. Así al evitar la obesidad reducirá el riesgo de otras enfermedades también; la limitación en la ingesta de alcohol será siempre benéfica; la lactancia también beneficiará tanto a la madre como al bebé y el mantenimiento de, al menos, una moderada actividad física a lo largo de su vida puede reducirá directamente el riesgo de cáncer de mama e indirectamente lo hará al ayudar a prevenir la obesidad agregando además otros muchos beneficios en la salud general.

Terapias Hormonales

El efecto de las hormonas exógenas sobre el riesgo de cáncer de mama puede ser mantenido al mínimo por el uso juicioso de estos agentes. El efecto total del uso de anticonceptivos orales sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres jóvenes premenopáusicas es pequeño pero el pequeño incremento en el riesgo relativo está actuando sobre un bajo riesgo total. En mujeres maduras premenopáusicas los anticonceptivos orales puede ser una elección menos favorable debido a que el riesgo absoluto de cáncer de mama aumenta rápidamente entre las edades de los 40 y 50 años.

Entre las mujeres postmenopáusicas que empleen la terapia hormonal se puede lograr que el incremento de riesgo de cáncer de mama sea más pequeño si se utiliza la dosis y duración mínima tanto de estrógenos como de progestágenos necesarios para alcanzar los efectos positivos de estos.

Tamoxifen y otros moduladores selectivos de los receptores de estrógenos

En las mujeres con cáncer de mama, el tratamiento con tamoxifen sustancialmente disminuye el riesgo de recurrencia local, mejora la supervivencia y reduce la probabilidad de cáncer en la mama contralateral; el efecto benéfico parece ser mayor en mujeres con tumores con receptores a estrógenos positivos. El empleo del tamoxifen para la prevención primaria del cáncer de mama es más controversial. Los datos de ensayos aleatorizados, aunque prometedores, no permiten una total y confiable valoración de los riesgos y beneficios, a largo plazo, del uso de tamoxifen en forma profiláctica; en particular, el efecto sobre la mortalidad por cáncer de mama no está establecido. Igualmente, los datos sobre nuevos moduladores selectivos de receptores de estrógenos, tales como el Raloxifeno, han sido alentadores pero han sido basados sobre un pequeño número de eventos y los beneficios a largo plazo, así como sus riesgos aún no pueden ser valorados.

2.6.3. Barreras para la detección precoz

Detección precoz del cáncer

La detección precoz del cáncer aumenta enormemente las posibilidades de que el tratamiento resulte eficaz. Los componentes principales de la detección precoz del cáncer son dos: la educación para promover un diagnóstico precoz y el cribado. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

Si se reconocen las posibles señales de alerta del cáncer y se toman medidas con rapidez puede llegarse a un diagnóstico precoz. Un mayor conocimiento de las posibles señales de alerta del cáncer entre los médicos, el personal de enfermería y otros dispensadores de atención de salud, así como entre el público en general, puede tener un gran impacto en la enfermedad. Algunas de las señales iniciales del cáncer son la aparición de bultos, llagas que no cicatrizan, sangrado anormal, indigestión persistente y ronquera crónica. El diagnóstico precoz es especialmente importante en el cáncer de mama, cuello uterino, boca, laringe, colon y recto, y piel. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

Cribado

Por «cribado» se entiende la utilización de pruebas sencillas en una población sana con el fin de detectar sistemáticamente a las personas que aún no presentan ningún síntoma pese a sufrir una determinada enfermedad. Pueden citarse como ejemplos el cribado del cáncer de mama mediante mamografía y el del cáncer del cuello del útero con métodos de detección citológica, en particular la prueba de Papanicolaou. Los programas de cribado deben realizarse sólo cuando su eficacia se ha demostrado y cuando se dispone de recursos (personal, equipo, etc.) suficientes para abarcar el grupo destinatario casi por completo y de instalaciones para confirmar el diagnóstico y proceder con el tratamiento y el seguimiento de las personas que han dado resultados anormales, y cuando la prevalencia de la enfermedad es lo suficientemente elevada como para justificar el esfuerzo que supone el programa de cribado y sus costos. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

Tomando como base las pruebas científicas disponibles, el cribado poblacional masivo está justificado solo para el cáncer de mama y del cuello del útero, utilizando la mamografía y la detección citológica, en los países donde se dispone de recursos para obtener una amplia cobertura de la población. Hay varios estudios en curso destinados a evaluar métodos de cribado de bajo costo que puedan aplicarse y mantenerse en situaciones de escasez de recursos. La inspección visual con ácido acético, por ejemplo, puede convertirse en un futuro próximo en un método eficaz para la detección sistemática del cáncer del cuello del útero. Hacen falta más estudios para evaluar métodos mamográficos alternativos de bajo costo, como el examen clínico de mama. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

2.6.4. Detección Temprana del Cáncer de Mama

“La detección temprana del cáncer de mama y el tratamiento oportuno y adecuado, salvan vidas”. (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

- La detección temprana favorece el pronóstico y la recuperación.
- Una de cada ocho mujeres está en riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida. (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

Consulta Médica

Consulta periódicamente al médico:

- Clínico
- Ginecólogo
- Mastólogo (especialista en mamas).

Tienen que hacerte la palpación clínica de las mamas y solicitarte los estudios. También se debe hacer la colposcopia, Papanicolaou y ecografía transvaginal. (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

Mamografía

Realizar una mamografía anual a partir de los 40 años.

- Si hay antecedentes de cáncer de mama el médico indicará cuando comenzar a realizarlas.
- Es una radiografía de la mama que se realiza por compresión de la mama con pequeñas dosis de radiación.
- Detecta tumores que no se pueden palpar y micro calcificaciones (depósitos de calcio).
- Informa sobre la probabilidad de que una lesión sea o no cáncer. (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

Autoexamen Mamario

Realizarlo una vez por mes. Es recomendable comenzar a partir de los 20 años. Debe convertirse en un hábito. El autoexamen permite conocer las mamas y familiarizarse con la irregularidad del tejido mamario. Si aparece algo diferente, se deberá acudir al médico sin pérdida de tiempo.

Detectar una irregularidad no significa tener cáncer de mama. Es el médico quien indicará el diagnóstico y los pasos a seguir. (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

¿Cuándo hacerlo?

Una semana después del ciclo menstrual (cuando hayan desaparecido las inflamaciones propias del período menstrual y no haya durezas, dolor, inflamación o sensibilidad).

Las mujeres post menopáusicas o sin menstruación deben elegir un día y repetirlo todos los meses. (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

¿Cómo realizarlo?

Acostadas, paradas, en la ducha. Se coloca una mano en la nuca y se toca el seno, con la mano libre, el lado contrario. Repetí del otro lado.

Se palpa toda la mama y axila con la yema de los dedos haciendo movimientos en espiral desde el pezón hacia fuera, de afuera hacia adentro; movimientos verticales y horizontales por la mama y axila (de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, de un lado hacia el otro). (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

Se observa las mamas frente al espejo con las manos al costado del cuerpo, con las manos en la nuca y con las manos en la cintura para detectar: (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

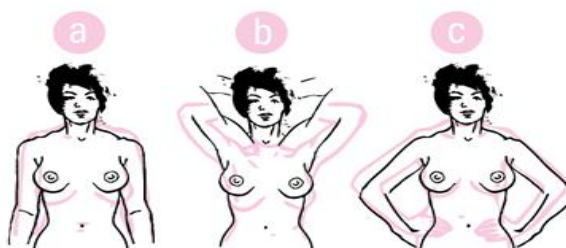


Ilustración N° 5. Autoexamen mamario

Fuente: (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

Si hay diferencias entre una y otra, alteraciones en el tamaño, forma, contorno, presencia de bultos, durezas, hundimientos, cambios en el pezón o secreción anormal, cambios de color de la piel o erupciones. (Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina , 2014)

Conocimientos de la detección oportuna

Desde la perspectiva de la salud pública, la disminución en la comunidad en términos de prevalencia de los factores de riesgo implicados en la causalidad del cáncer, puede tener un impacto significativo en la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. En los últimos años, todas las instituciones del sector salud y las organizaciones de la sociedad civil han hecho un esfuerzo particular para informar de manera más amplia a la población sobre los métodos de prevención y diagnóstico temprano de las diferentes enfermedades. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 8 - 10)

Las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para el conocimiento de los factores de riesgo, la promoción de estilos de vida sanos que contribuyan a reducir la morbilidad por el cáncer de la mama y el fomento de la demanda para la detección temprana con el objeto de mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 8 - 10)

Si bien los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de la mama y su efecto en la mortalidad no han mostrado evidencia invariable de su beneficio, en un país como el nuestro es imperativo continuar con estas acciones cuando éstas van acompañadas de un programa organizado para el diagnóstico temprano. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el cáncer de mama dirigida a sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubren alguna anomalía, así como la exploración clínica ante la ausencia de servicios de tamizaje por mastografía, acompañada de programas de educación a la población. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 8 - 10)

Las diferencias en la atención médica de este problema y sus consecuencias e impacto en la salud, se reflejan en las estadísticas de años de vida perdidos por muerte prematura y pérdida en la calidad de vida por discapacidad, lo que justifica llevar a cabo acciones específicas y sistematizadas para el diagnóstico temprano y la referencia oportuna, contribuyendo a mejorar la vida de quienes padecen esta patología. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 8 - 10)

Los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son los siguientes:

a) Biológicos:

- Sexo femenino.
- Envejecimiento: A mayor edad mayor riesgo.
- Antecedente personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas.
- Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia.
- Vida menstrual mayor a 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- Densidad mamaria.
- Ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2.

b) Iatrógenos o ambientales:

- Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in útero, en la adolescencia).
- Tratamiento con radioterapia en tórax.

c) Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos:

- Nuliparidad.
- Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 8 - 10)

d) Factores de riesgo relacionados con estilo de vida:

- Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.
- Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.

- Obesidad, principalmente en la posmenopausia.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol mayor a 15 g/día.
- Tabaquismo. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 8 - 10)

La promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población. Se debe orientar a las mujeres acerca de su responsabilidad en el autocuidado de la salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover los estilos de vida sanos como:

- Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales.
- Práctica de ejercicio físico moderado, que se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de mama en la población general.
- Consumo de ácido fólico.
- Amamantar, por lo que debe incluirse entre las ventajas de la lactancia materna.
- Mantener un adecuado índice de masa corporal pues el elevado (> 30) se asocia con un incremento significativo en el riesgo de cáncer de mama en posmenopáusicas. (Cárdenas, Bargalló, Erazo, Maafs, & Poitevin, 2013, págs. 8 - 10)

2.6.5. Importancia de encontrar el cáncer de seno en sus inicios

El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de seno en sus primeras etapas consiste en encontrar el tumor canceroso antes de que empiece a causar síntomas. Las pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad, como el cáncer, en las personas que no tienen ningún síntoma. La detección temprana significa usar un método que permita el diagnóstico más temprano de cáncer de seno. Los tumores cancerosos del seno que se encuentran porque causan síntomas tienden a ser más grandes, y tienen más probabilidades de haberse ya extendido más allá del seno. En cambio, los que se encuentran durante los exámenes de detección suelen ser más pequeños y estar aún confinados al

seno. El tamaño y la extensión del cáncer de seno son algunos de los factores más importantes para establecer el pronóstico (expectativa) de una mujer que padezca esta enfermedad. (American Cancer Society , 2013)

La mayoría de los médicos cree que las pruebas de detección temprana para el cáncer de seno salvan miles de vidas cada año, y que muchas más pudieran salvarse si un número aún mayor de mujeres y sus doctores aprovecharan dichas pruebas. La observación de las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer de seno aumenta las probabilidades de que esta enfermedad se pueda diagnosticar en una etapa temprana y que se pueda tratar con éxito. (American Cancer Society , 2013)

Barreras para la detección precoz

La principal estrategia contra el CaMa es la detección precoz, es decir, la identificación de la enfermedad en un punto en el que pueda ser tratada con técnicas que tengan el menor impacto físico y la mayor probabilidad de curación (Díaz, Piñeros, & Sánchez, 2005); además, el diagnóstico temprano disminuye considerablemente los costos económicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales de esta enfermedad.

Autoridades nacionales como el Instituto Nacional de Cancerología, y otras internacionales como la International Union Against Cancer (UICC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del programa BHGI, se han preocupado por disminuir las crecientes cifras de mortalidad por CaMa emprendiendo campañas para estimular su detección precoz. (Ceballos-García & Giraldo-Mora, 2011)

Según la OMS, cuando se dispone de las pruebas e instalaciones necesarias, el tamizaje de mujeres en apariencia sanas puede revelar la presencia de estadios tempranos o precursores de neoplasias malignas, lo que es sumamente eficaz para un tratamiento oportuno; sin embargo, a pesar de la existencia de políticas internacionales y nacionales como las mencionadas para la detección precoz, el descubrimiento tardío del CaMa y la muerte por esta causa siguen en aumento.

Para algunos autores, la tardanza en el diagnóstico y el tratamiento del CaMa tiene tres categorías: el paciente, los proveedores y un conjunto de estructuras del sistema de asistencia médica. En este sentido, surge el interrogante acerca de si existen barreras, y de qué tipo, que les impidan a las mujeres acceder a los servicios de salud y adoptar hábitos que les permitan realizar una detección precoz y, por consiguiente, un tratamiento oportuno, que disminuya significativamente las tasas de mortalidad por esta enfermedad. (Ceballos-García & Giraldo-Mora, 2011)

Múltiples investigadores en diversos lugares del mundo se han preocupado por explorar las barreras que impiden a las mujeres acceder a un diagnóstico oportuno. Para Hewitt *et al.*, las barreras son todas las condiciones psicológicas y sociales que impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud a las mujeres con CaMa, tales como, carecer de seguro médico o de la cobertura de estos servicios; el miedo al estigma que el diagnóstico de CaMa produce en estas personas; la falta de comunicación del proveedor de salud con las pacientes; las fallas para poner en práctica las pautas de práctica clínica, diagnóstica y de tratamiento; la inexperiencia del proveedor para evaluar la urgencia de la asistencia y la presencia de ansiedad por esta causa; el uso de ayudas y métodos de diagnóstico demasiado rápidos; la inadecuada coordinación y fragmentación del cuidado que estas pacientes requieren; el desconocimiento del proveedor acerca de los recursos que existen en la comunidad y, finalmente, un pobre sistema de garantía de calidad y responsabilidad en la prestación de los servicios de salud. (Ceballos-García & Giraldo-Mora, 2011)

Otras de las barreras que la OMS refiere, están relacionadas con las deficiencias en la organización y el establecimiento de prioridades, y el uso poco eficiente de los recursos, que son obstáculos para la eficacia de los programas en países tanto industrializados como en desarrollo. En muchas ocasiones se descuidan la prevención primaria, el descubrimiento temprano y los cuidados paliativos para dar preferencia a enfoques orientados al tratamiento, independientemente de su eficacia real, en función de los costos, o de una mejor calidad de vida de las pacientes. En un estudio realizado en Colombia se encontró evidencia contundente

en relación con la mayor supervivencia y la posibilidad de curación de las mujeres con CaMa cuando es diagnosticado a tiempo, aunado al creciente desarrollo de tecnologías de imágenes que han promovido su detección temprana (Díaz, Piñeros, & Sánchez, 2005). (Ceballos-García & Giraldo-Mora, 2011)

En nuestro estudio, las "autobarreras se entienden como aquellos obstáculos que en un momento pueden ser tanto o más determinantes que las barreras de acceso físico o financieras, estas están relacionadas con las creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales que no permiten la acción requerida; en un concepto más amplio, las barreras pueden ser el temor, el pudor, las creencias erróneas, los problemas sexuales, las angustias relacionadas con la imagen del cuerpo, el estado cognoscitivo, el contexto, la edad de las mujeres, las situaciones familiares, entre otras (Ceballos-García & Giraldo-Mora, 2011)

2.7. HIPÓTESIS

Ho: Las barreras para la detección precoz del cáncer de mama no inciden en la aparición de la patología en las mujeres del Hospital Julio Enrique Paredes.

H1: Las barreras para la detección precoz del cáncer de mama inciden en la aparición de la patología en las mujeres del Hospital Julio Enrique Paredes

2.8. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

- **Variable independiente:** Barreras para la detección precoz
- **Variable dependiente:** Cáncer de mama

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo, porque se hizo referencia a fenómenos sociales, y cuantitativo, porque se buscaron las causas de los hechos de estudio que llevaron a la comprobación de la hipótesis.

El cualitativo “por lo común, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente, se prueban hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones” (Hernández, E. 2003; p.5)

El estudio se lo hizo mediante la investigación de campo de carácter, cualitativa - descriptiva, que permitió determinar con mayor efectividad las preguntas propuestas en el cuestionario.

Este trabajo de investigación fue un estudio retrospectivo, porque se apoyó en la información que se pudo obtener de las historias clínicas de las mujeres atendidas, y diagnosticadas con cáncer de mama, en el Hospital Julio Enrique Paredes durante los periodos 2011 a 2013.

3.1. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

- *Investigación de campo:*

La investigación de campo consiste en un procedimiento técnico, sistemático y analítico de la situación actual del desarrollo de las prácticas dentro del currículo de los estudiantes de laboratorio clínico. Este diagnóstico se obtiene por medio de un proceso de recopilación y análisis de la información recolectada en el lugar de los hechos.

La importancia de realizar una investigación de campo fue identificar los factores de riesgos en el que se encuentra el desarrollo de las prácticas y de qué manera se ve afectada la formación de éstos profesionales, esto se hizo a través de una evaluación de campo y análisis de la situación actual, con la finalidad de obtener la información necesaria que ayude a que los factores de riesgos se minimicen, así como también mejorar la eficacia y eficiencia el desempeño del futuro profesional.

3.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

- *Investigación Descriptiva:*

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento

Permite establecer contacto con la realidad para observarla, describirla, predecirla y controlarla a fin de que la conozcamos mejor; la finalidad de está radica en formular nuevos planteamientos y profundizar en los hechos existentes, e incrementar los supuestos teóricos de los fenómenos de la realidad observada.

- *Investigación Correlacional:*

En este tipo de investigación se persigue fundamentalmente determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otro u otros factores. La existencia y fuerza de esta covariación normalmente se determina estadísticamente por medio de coeficientes de correlación. Es conveniente tener en cuenta que esta covariación no significa que

entre los valores existan relaciones de causalidad, pues éstas se determinan por otros criterios que, además de la covariación, hay que tener en cuenta.

En este caso se analiza la variable independiente y dependiente, barreras y oportunidades de detección y cáncer de mama

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en la presente investigación comprenderá a las mujeres mayores de 25 años con de cáncer de mama, que fueron diagnosticadas durante los años 2011, 2012, 2013 y que acuden al Hospital “Julio Enrique Paredes” para su tratamiento y control de la patología. De los registros del hospital se obtuvieron un total de 127 pacientes. La fórmula que se utilizará para el cálculo del tamaño de la muestra, con poblaciones finitas, es:

$$n = \frac{Z^2PQN}{Z^2PQ \times Ne^2}$$

Dónde:

- n = Tamaño de la muestra
- Z = Nivel de confiabilidad = (95% P = 1,67)
- P = Probabilidad de ocurrencia (0,5)
- Q = Probabilidad de no ocurrencia 1 - 0.5 = 0.5
- N = Población
- e = Error de muestreo 0.05 (5%)

Al aplicar la fórmula se tiene los siguientes resultados:

Cuadro N° 1. Población y Muestra

Descripción	N	Z ² (PQN)	Z ² (PQ)	e ² (N)	Z ² (PQ)+e ² (N)	Z ² PQN/Z ² PQ+Ne ²
Pacientes SOLCA	127	88.55	0.697225	0.3175	1.014725	87
TOTAL	127					87

Elaborado por: Carmita Oyasa

, de donde se obtuvo que el tamaño de la muestra de investigación fuera de 87 mujeres.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.4.1. Variable Dependiente: Cáncer de mama

Cuadro N° 2. Operacionalización de Variables, Variable Dependiente: Cáncer de mama

Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Técnicas e Instrumentos
El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva.	Factores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Familiares • Edad de la menarquía y menopausia • Edad de la relación sexual • Lactancia materna • Consumo de alcohol • Dieta 	<ul style="list-style-type: none"> • Patología mamarias con relación a la herencia • Inicio y cesación de la menstruación • Conducción orgánica femenina – masculina • Secreción de leche • Niveles de consumo • Régimen alimentario 	Revisión documental – Historia Clínica
	Informe Anátomo - patológico	<ul style="list-style-type: none"> • DCIS • CLIS 	Porcentaje	Revisión documental – Historia Clínica
	Auto examen	N°. Realiza auto revisión de las mamas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se realiza el auto revisión de mamas? • ¿Si su respuesta fue positiva se realiza la auto revisión de mamas previo al examen de mamografía? • ¿Cuándo se realizó el auto revisión de mamas sintió algo extraño en ellas? 	Encuesta - Cuestionario

Elaborado por: Carmita Oyasa

3.4.2. Variable Independiente: Barreras para la detección precoz

Cuadro N° 3. Operacionalización de Variables, Variable Independiente: Barreras para la detección precoz

Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Técnicas e Instrumentos.
Componen que impiden el cumplimiento de algo específico	Emocionales	Temor	<ul style="list-style-type: none"> • Si no tuviera el temor de detectarme algún problema, me realizaría el autoexamen de mamas • No me lo realizo porque es mejor no saber que tengo cáncer 	Encuesta - Cuestionario
	Culturales	Creencias Mitos	<ul style="list-style-type: none"> • Si tengo la seguridad de que el autoexamen no me provoca dolor me lo haría. • Yo creo que si está de Dios que me dé cáncer, aunque me haga el autoexamen me voy a enfermar. • Mis creencias religiosas no me permiten tocar mi cuerpo. • Me da vergüenza auto explorarme las mamas. • Dios me protege por tanto no necesito hacerme el autoexamen • Pienso que no es bueno ver desnudos mis senos en un espejo. 	Encuesta - Cuestionario
	De conocimientos		<ul style="list-style-type: none"> • Me haría el autoexamen si tuviera el conocimiento necesario de cómo realizarlo • Solo que tuviera algún malestar en el seno, me haría el autoexamen de mamas. • Me haría la autoexploración sino fuera tan difícil el procedimiento 	Encuesta - Cuestionario

Elaborado por: Carmita Oyasa

3.4.3. Técnicas e instrumentos

Cuadro N° 4. Técnicas e Instrumentos

Técnicas de información	Instrumentos de recolección de información	Técnicas de recolección de información
Información Primaria	<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario• Cédula de entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Encuesta• Entrevista
Información Secundaria	<ul style="list-style-type: none">• Bibliografía relacionada al cáncer de mama• Internet• Páginas web	Lectura Científica

Elaborado por: Carmita Oyasa

En el presente trabajo investigativo se utilizará las siguientes técnicas que ayudarán a un mejor desarrollo del problema.

Información primaria

Encuesta: Es una técnica, que permite obtener información valiosa, es decir, es una técnica destinada a obtener datos de varias personas, cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

Para ello, se basa en un instrumento que es el cuestionario, el mismo que permite obtener información a través de un sistema de preguntas escritas, que se entregan al informante a fin de que conteste igualmente por escrito.

Entrevista: Es una técnica de investigación, dedicada a obtener información mediante un sistema de preguntas, a través de la interrelación verbal entre dos o más personas. Su instrumento es la cédula de entrevista, en la cual se recolecta toda la información sobre el objeto de estudio.

Información secundaria

Análisis de documentos (Lectura científica): Esta técnica, consiste en recolectar información existente sobre el problema objeto de estudio, que consta en libros, revistas, tesis de grado, internet, páginas web y documentos en general, etc., permitiendo adquirir nuevos conocimientos explicativos de la realidad,

fundamentos para el desarrollo de la investigación, y entendimiento del problema de estudio.

De ahí la necesidad de apoyarse en bibliografía especializada que haga referencia a aspectos relacionados con el currículo, competencias, desarrollo de habilidades y destrezas, formación técnica profesional y formación práctica, con la finalidad de contar con argumentos de pesos y criterio de expertos para el sustento de este trabajo de investigación.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Cuadro N° 5. Plan de recolección de datos

Preguntas Básicas	Explicación
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos planteados en este trabajo investigativo.
¿De qué personas?	La recolección de información se aplicara a mujeres mayores de 25 años atendidas que padecen cáncer de mama
¿Sobre qué aspectos?	Barreras para la detección precoz del cáncer de mama
¿Quién? ¿Quiénes?	Investigadora
¿A Quiénes?	Mujeres atendidas en el Hospital Julio Enrique Paredes
¿Cuándo?	La recolección de la información se dará durante los periodos 2011 - 2013
¿Dónde?	Hospital Julio Enrique Paredes SOLCA TUNGURAHUA
¿Cuántas veces?	La recolección de información se realizará según el caso lo amerite.
¿Qué técnicas de recolección?	Se empleará para la recolección de información con encuestas y entrevistas.
¿Con qué?	Para ello se elaborará un cuestionario y una cédula de entrevista.

Elaborado por: Carmita Oyasa

3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- **Revisión y Codificación de la información**

La información obtenida será sometida a una minuciosa revisión en la que se verificará que todos los cuestionarios hayan sido llenados de manera correcta, tanto las preguntas así como sus alternativas de respuesta ya que tienen un número que les identifica el cual nos facilitará al momento de realizar su respectiva tabulación.

- **Tabulación de la información**

Las preguntas del cuestionario realizado tienen dos o más categorías a fin de que cada empleado y cliente encuestado pudiera elegir la respuesta más apropiada. La tabulación se realizará de manera sistematizada con la ayuda del programa Excel.

- **Análisis de datos**

Para la presente investigación se utilizará el estadígrafo para investigaciones explicativas denominado Chi Cuadrado de porcentajes el cual permitirá organizar y resumir los datos adecuadamente y de manera más rápida según la información recolectada.

- **Presentación de los datos**

Los resultados obtenidos se presentarán en forma de tablas ya que de ésta forma nos permitirá analizar de mejor manera los datos obtenidos y evaluados.

- **Interpretación de los resultados**

Mediante la interpretación de los resultados se logrará comprender la magnitud de los datos y el significado de los mismos, al igual que también nos permitirán estudiarlos cada uno y relacionarlos con el marco teórico del mismo modo que se tendrá una síntesis general de los resultados obtenidos y logrados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA HISTORIAS CLÍNICAS Y ENCUESTAS

4.1.1. Casos de cáncer de mama por Año

Cuadro N° 6. Diagnósticos por Año

Año	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
2011	21	21	24.1
2012	27	48	31.0
2013	39	87	44.8
Total	87		100.0

Elaborado por: Carmita Oyasa

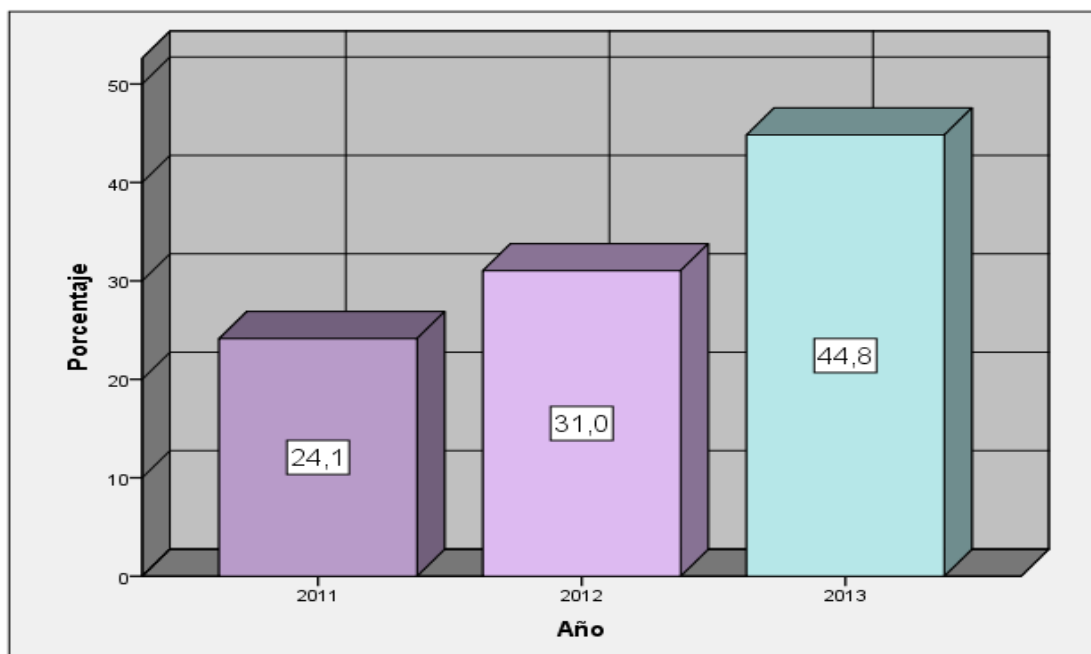


Gráfico N° 6. Diagnóstico por Año

Fuente: Cuadro N° 6

Análisis e interpretación

Según la revisión de los registros de diagnóstico de los años 2011,2012 y 2013, de las pacientes atendidas por cáncer de mama en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar que: el mayor número de casos de cáncer de mama fueron diagnosticados durante el año 2013 y representan 44,8% del total de casos, del periodo analizado; a continuación está el número de diagnósticos realizados durante el año 2012, con un 31% del total de casos ; y finalmente se tiene el 24,1% de casos diagnosticados durante el año 2011. Estas cifras vienen a demostrar que, la detección de casos de cáncer de mama se ha incrementado en el último año.

4.1.2. Características Sociodemográficas

a. Rango de Edad

Cuadro N° 7. Rango de Edad

Rango de Edad	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
25-44	13	13	14.9
45-64	51	64	58.6
65-84	23	87	26.4
Total	87		100.0

Elaborado por: Carmita Oyasa

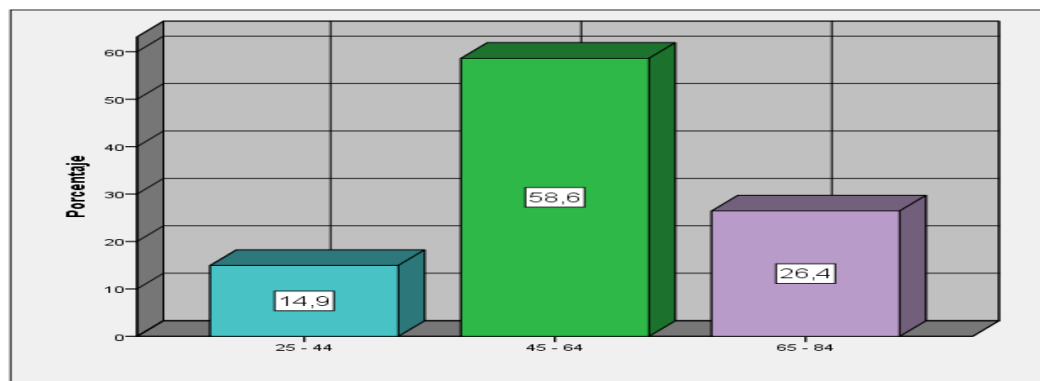


Gráfico N° 7. Edad de las Pacientes

Fuente: Cuadro N° 7

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se puede identificar que, las pacientes con edades comprendidas entre las edades de 45 a 64 años, con un 58.6%, es el grupo que más presencia de cáncer de mama presenta.

Estos datos vienen a ser sustentados por el informe escrito por (Chen, 2012) , especialista del Programa de Leucemia y trasplante de Médula Ósea del Hospital General de Massachusetts, que para los servicios de MedlinePlus - Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. -, indica que: "...el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que la paciente envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años..."

b. Nivel de Escolaridad – Conocimiento de la Enfermedad

Cuadro N° 8. Nivel de Escolaridad – Conocimiento de la Enfermedad

Ítem		Conocimiento (P.5)		Total
		Si	No	
Nivel de escolaridad	Primaria	21.8%	16.1%	37.9%
	Secundaria	1.1%	21.8%	23.0%
	Superior	0.0%	26.4%	26.4%
	Ninguna	0.0%	12.6%	12.6%
Total		23.0%	77.0%	100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

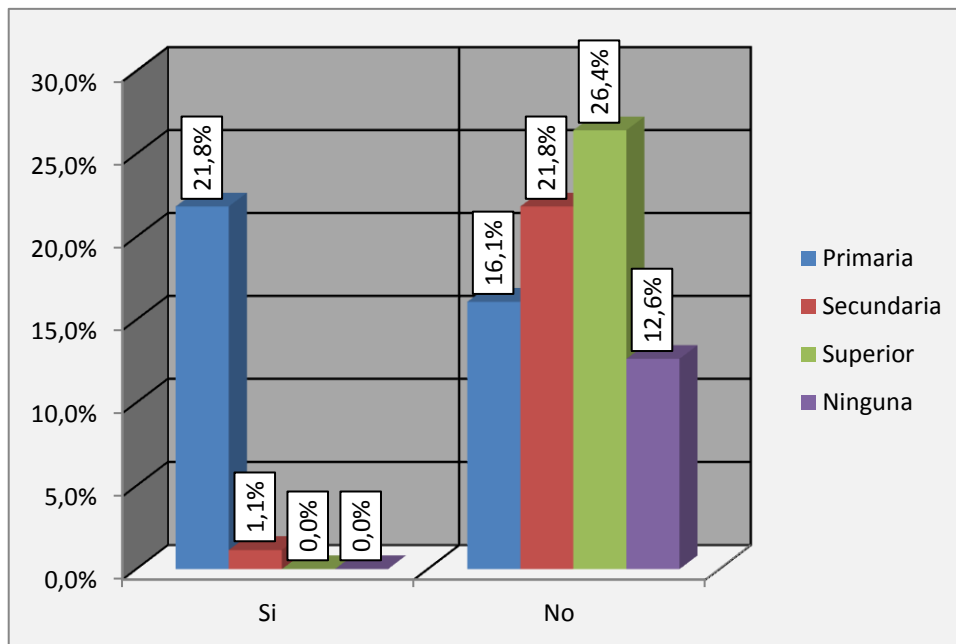


Gráfico N° 8. Nivel de Escolaridad – Conocimiento de la Enfermedad

Fuente: Cuadro N° 8

Análisis e interpretación.

Al interrelacionar el Nivel de Escolaridad, de las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, con su nivel de conocimientos acerca de su padecimiento, se pudo determinar que el 77% de las pacientes encuestadas no tenían conocimientos de su enfermedad y de este grupo el 26.4%, sobre el total de pacientes, tienen un nivel de escolaridad superior.

Estos datos reflejan que existe mayor cantidad de pacientes que desconocen las condiciones y los factores de su enfermedad, sin una diferencia significativa en su nivel de escolaridad, los resultados obtenidos van de acorde con lo expuesto por la (OMS, 2013), que en su sitio web expone que: *“... los conocimientos actuales sobre las causas del cáncer de mama son insuficientes, por lo que la detección precoz sigue siendo la piedra angular de la lucha contra esta enfermedad. Cuando se detecta precozmente, se establece un diagnóstico adecuado y se dispone de tratamiento, las posibilidades de curación son elevadas. En cambio, cuando se detecta tardíamente es raro que se pueda ofrecer un tratamiento curativo. En tales casos son necesarios cuidados paliativos para mitigar el sufrimiento del paciente y sus familiares”*.

c. Residencia – Nivel de Escolaridad

Cuadro N° 9. Residencia – Nivel de Escolaridad

Ítem		Nivel de escolaridad				Total
		Primaria	Secundaria	Superior	Ninguna	
Residencia	Urbana	25.3%	19.5%	13.8%	2.3%	60.9%
	Rural	12.6%	3.4%	12.6%	10.3%	39.1%
Total		37.9%	23.0%	26.4%	12.6%	100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

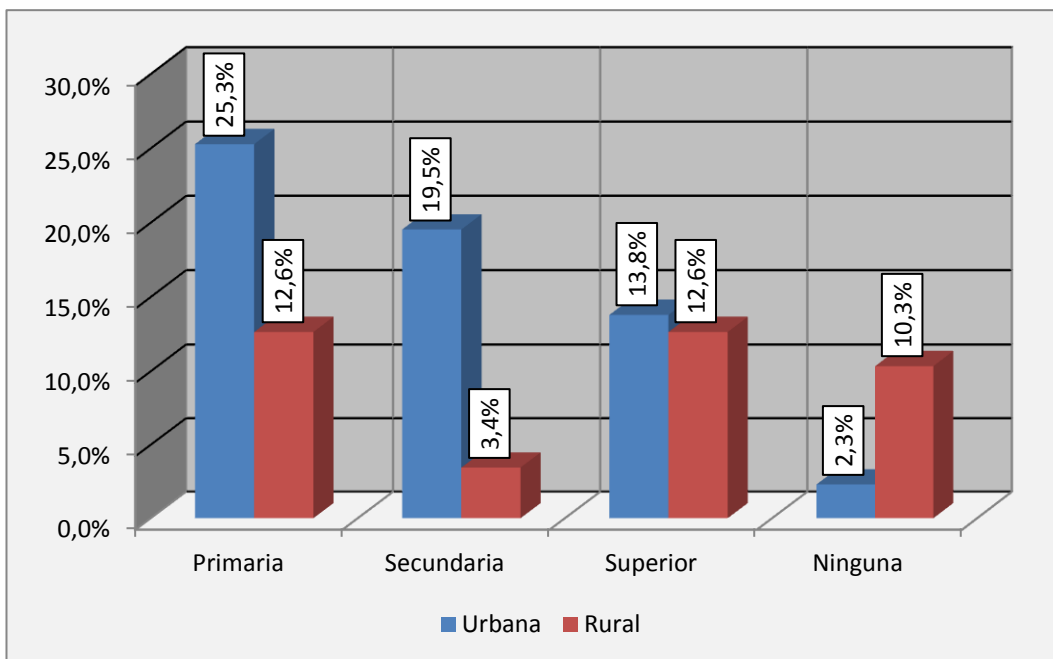


Gráfico N° 9. Residencia – Nivel de Escolaridad

Fuente: Cuadro N° 9

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo identificar las siguientes relaciones entre el lugar de su residencia y su nivel de escolaridad:

- Las pacientes con escolaridad primaria, con un 37.9% sobre el total, representan el grupo más significativo de pacientes que padecen cáncer de

mama y que han sido atendidas en el hospital de SOLCA - Ambato. De este grupo un 25.3% viven en el área urbana y un 12.6% viven en el área rural.

- A nivel del determinante residencia, las pacientes del área urbana, con un 60.9% sobre el total, representan el grupo más significativo de pacientes que padecen cáncer de mama y que han sido atendidas en el hospital de SOLCA - Ambato. De este grupo un 25.3% tienen nivel de escolaridad primaria, 19.5% poseen un nivel de escolaridad secundaria, 13.8% de las pacientes de este grupo respondieron que poseen educación superior y un 2.3% de las pacientes manifestaron que no tienen ningún tipo de educación.

Un estudio realizado en Uruguay por (Lafon & Ronco, 2012), constató que: *“...una vez que se sometieron los datos a análisis descriptivos básicos y a un test de correspondencias con el fin de analizar la asociación o independencia entre las variables estudiadas, hay una mayor frecuencia de cáncer, en general, en las zonas urbanas que en las rurales. En mayores de 65 años, las zonas costera y central aparecieron asociadas por su alta incidencia de cáncer de mama, próstata, colon y recto; la zona rural este presentó baja incidencia de tumores en todas las localizaciones. Se plantea la realización de futuros estudios para investigación del rol de posibles factores ambientales y de estilos de vida asociados con los cánceres examinados”*.

d. Residencia – Conocimiento de la enfermedad

Cuadro N° 10. Residencia - Conocimiento (P.5)

Ítem	Conocimiento (P.5)		Total	
	Si	No		
Residencia	Urbana	13.8%	47.1%	60.9%
	Rural	9.2%	29.9%	39.1%
Total		23.0%	77.0%	100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

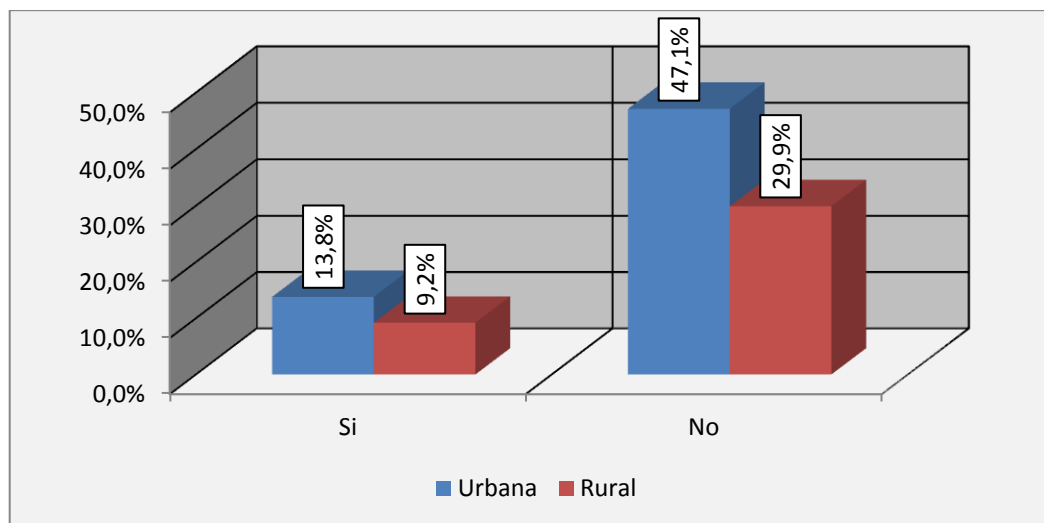


Gráfico N° 10. Residencia – Conocimiento (P.5)

Fuente: Cuadro N° 10

Análisis e interpretación

Al interrelacionar, el lugar de residencia de las pacientes, diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, con el conocimiento de su padecimiento, se obtuvieron los siguientes resultados: el 77% de las pacientes encuestadas no tenían conocimientos acerca de su enfermedad, y de este grupo el 47,1%, sobre el total, viven en el área urbana y el 29,9%, sobre el total, viven en el área rural.

e. Estado civil

Cuadro N° 11. Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Soltero	17	17	19.5
Casado	56	73	64.4
Viudo	7	80	8.0
Divorciado	6	86	6.9
Unión libre	1	87	1.1
Total	87		100.0

Elaborado por: Carmita Oyasa

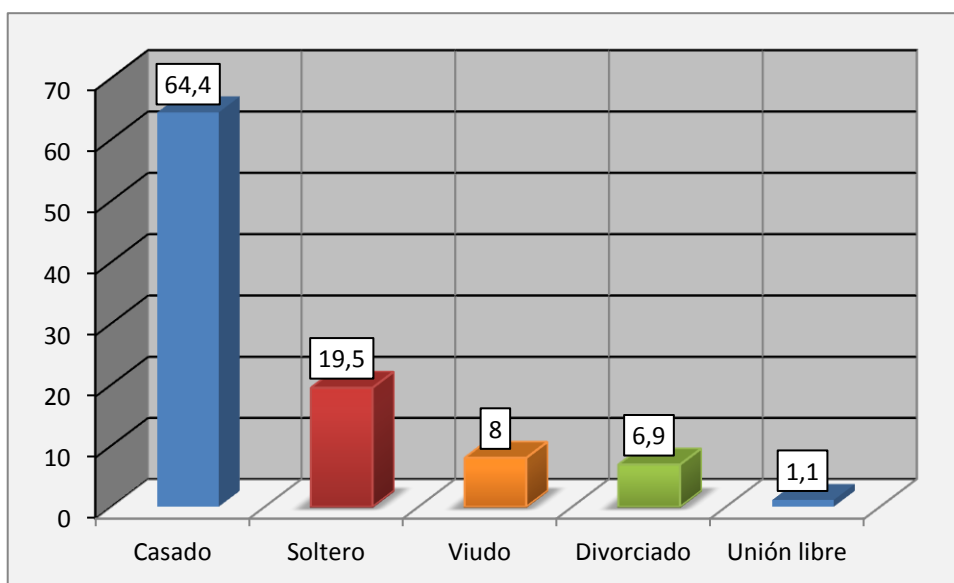


Gráfico N° 11: Estado Civil

Fuente: Cuadro N° 11

Análisis e interpretación.

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, y en función de su estado civil se pudo determinar que el grupo con mayor prevalencia de cáncer de mama son las pacientes casadas, ya que representa el 64,4% del total de pacientes analizadas en este trabajo de investigación.

Los resultados obtenidos para este factor, dentro del presente trabajo de no están en concordancia con los determinados por (Hayes, 2005), y que fueron expuestos

en 47^a Reunión Anual de la American Society for Therapeutic Radiology and Oncology: La doctora Shelly B. Hayes, autora principal del estudio y especialista del Centro contra el Cáncer Fox Chase de Filadelfia, (EU), estudió a 2.143 pacientes de cáncer de mama en etapa inicial tratadas en el centro donde trabaja, entre 1984 y 2003. Dividió a las pacientes en cuatro grupos: casadas, solteras, divorciadas o separadas y viudas, a las cuales investigó durante 76 meses, sin hallar una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la supervivencia libre de recaídas.

Sin embargo, los resultados obtenidos se ven sustentados por un reciente estudio, en el que han participado el Hospital Vall d'Hebron y el Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO), que ha analizado casos de cáncer de mama en estadios del I al IV que van de 1990 a 2010, y concluye que "*el estado civil puede influir en el pronóstico de la enfermedad*". La mejora de la supervivencia, de hecho, va ligada a la detección precoz, pero el trabajo identifica además que las mujeres casadas presentan una mejora significativa de su enfermedad a los cinco años sea cual sea el estadio de la enfermedad. Este estudio ofrece un enfoque interesante, ya que determina que, con independencia del estadio y la biología del tumor, podría existir un factor emocional que influiría en el pronóstico del cáncer de mama (Cortés, 2011)

f. Grupo étnico

Cuadro N° 12. Grupo Étnico

Grupo Étnico	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Indígena	11	11	12.6
Blanca	2	13	2.3
Mestiza	72	85	82.8
Otra	2	87	2.3
Total	87		100.0

Elaborado por: Carmita Oyasa

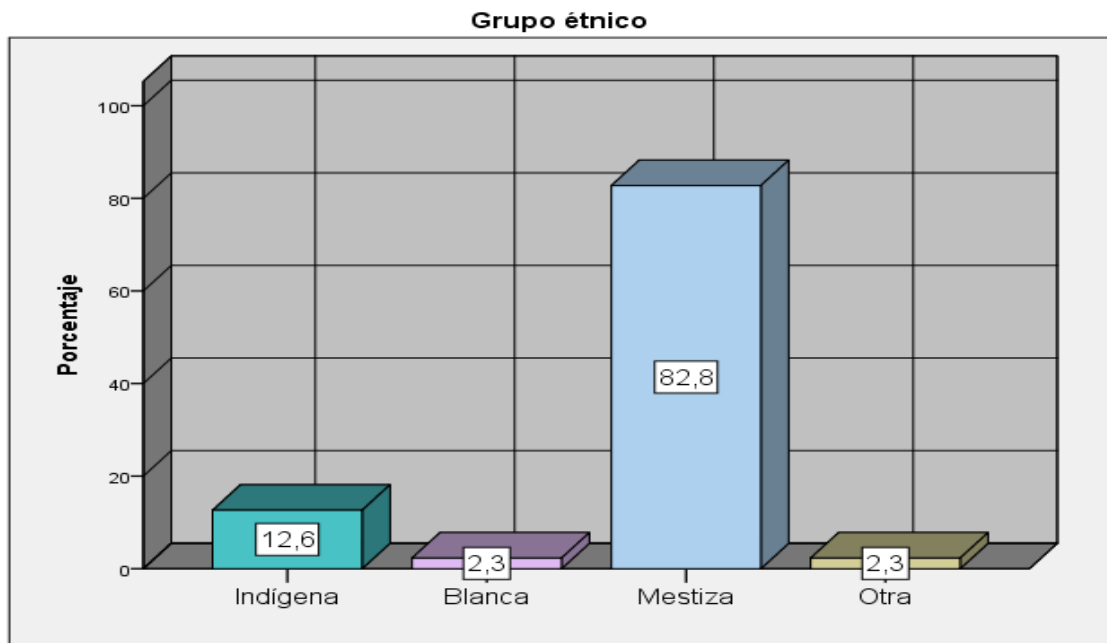


Gráfico N° 12: Grupo étnico

Fuente: Cuadro N° 12

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas, por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se puede identificar los siguientes grupos étnicos, que son atendidos en la institución: el grupo étnico con mayor prevalencia de la enfermedad es el mestizo, al que pertenecen el 82.8% del total de las pacientes; en segundo lugar estuvieron las pacientes que pertenecen al grupo étnico indígena, con un 12.6% de las pacientes objeto de estudio de este trabajo de investigación; finalmente el 2.3%

de las pacientes atendidas, por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, pertenecen al grupo étnico de raza blanca y a otros grupos étnicos respectivamente.

(SMIGAL, y otros, 2007), en la revista *Cancer Journal for Clinicians*, del Centro Nacional para Estadísticas de Salud –CDC-, de los Estados Unidos, en su número 56°, indican que existen discrepancias en la prevalencia de cáncer de mama entre diferente raza y grupos étnicos, así como por nivel socioeconómico. En particular, las mujeres afroamericanas e hispanas tienen mayores tasas de mortalidad tras un diagnóstico de cáncer de mama, tanto como un 37 por ciento más alto que las mujeres caucásicas a pesar de las tasas de incidencia más bajas, por datos de incidencia de 2006 desde el Instituto Nacional del cáncer (NCI) y la asociación norteamericana de registros de cáncer (*Vida Saludable – Consejos de Salud* , 2014).

4.1.3. Factores Reproductivos

a. Edad de la menopausia

Cuadro N° 13. Edad de la menopausia

Estado	Rango de Edad	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	38 – 44	3	3	3.4%	4.7%
	45 - 51	50	53	57.5%	78.1%
	52 - 57	10	63	11.5%	15.6%
	58+	1	64	1.1%	1.6%
	Total		64		73.6%
Perdidos	No Menopaúsica	23	87	26.4%	
Total		87		100.0%	

Elaborado por: Carmita Oyasa

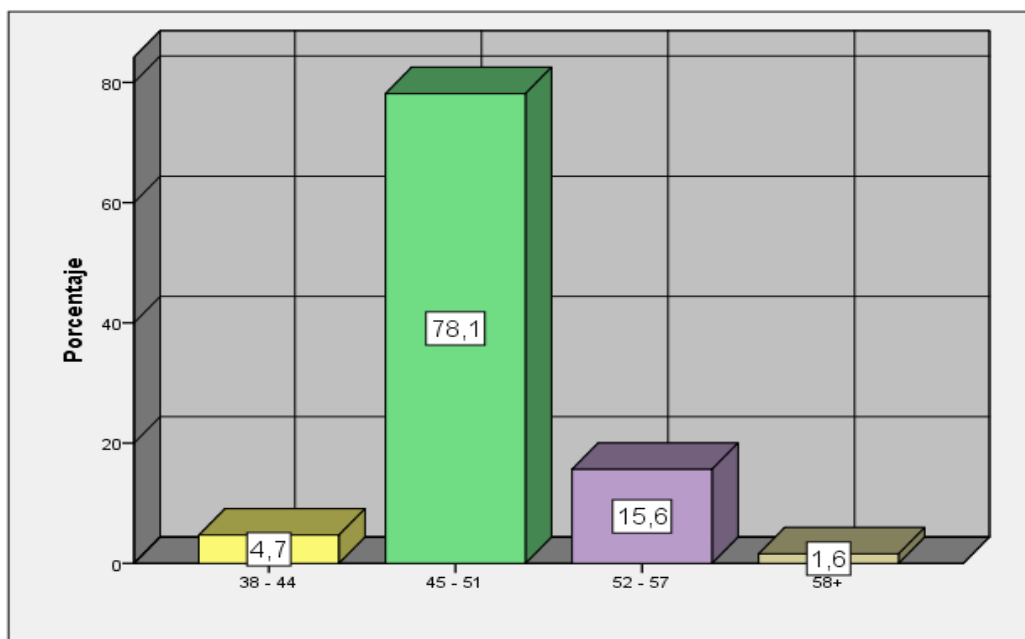


Gráfico N° 13. Edad de la menopausia

Fuente: Cuadro N° 13

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se puede identificar los siguientes grupos de edad, en función al inicio del proceso de la menopausia: el 4.7% de las pacientes atendidas tenían entre 38 y

44 años cuando empezaron el proceso de la menopausia, lo cual indica que, el inicio de la menopausia dentro de este rango de edad, no es un factor determinante en la incidencia del cáncer de mama; el 78.1% de las pacientes atendidas tenían entre 45 y 51 años cuando empezaron el proceso de la menopausia, siendo este el grupo de mayor incidencia del inicio de la menopausias; el 15.6% de las pacientes atendidas tenían entre 52 y 57 años cuando empezaron el proceso de la menopausia, siendo esta edad de inicio de la menopausia, poco significativa como factor determinante en la incidencia del cáncer de mama; finalmente el 1.6% de las pacientes respondieron que su procesos menopaúsico comenzó más allá de los 58 años, lo convierte a este rango de edad, en el grupo con menor posibilidad de convertirse en un factor determinante en la incidencia del cáncer de mama.

Estos datos vienen a ser sustentados por el informe escrito por (Chen, 2012) , especialista del Programa de Leucemia y trasplante de Médula Ósea del Hospital General de Massachusetts, que para los servicios de MedlinePlus - Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. -, indica que: "*... las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama...*"

b. Lactancia Materna

Cuadro N° 14: Lactancia Materna

Lactancia Materna	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Sí	1	1	1.1%
No	86	87	98.9%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

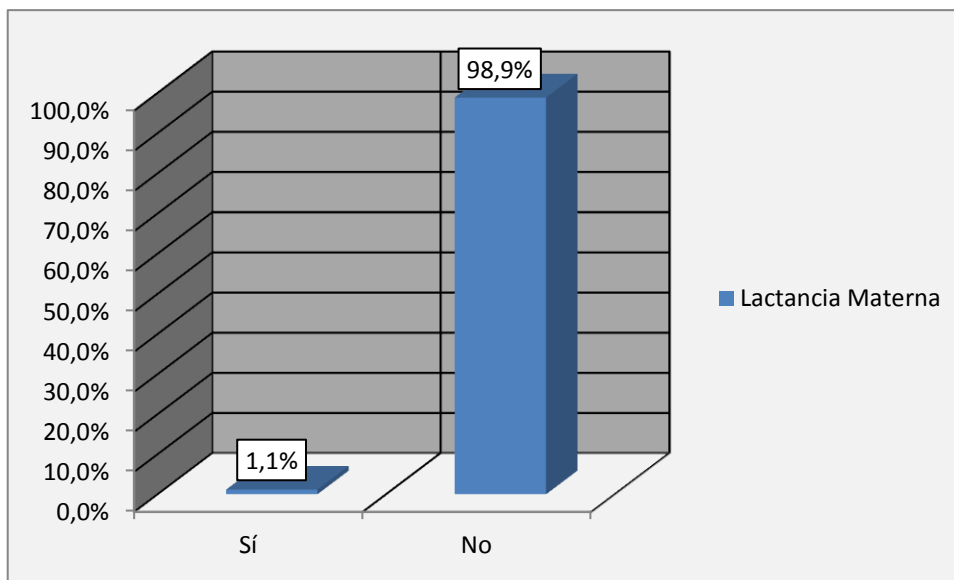


Gráfico N° 14: Lactancia Materna

Fuente: Cuadro N° 14

Análisis e interpretación

De la tabulación de los datos proporcionados por las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pueden obtener los siguientes resultados: el 98.9% de las pacientes respondieron que no realizaron el proceso de lactancia materna en sus hijos; mientras que el 1.1% respondieron que si realizaron este proceso debido a que no tuvieron hijos hasta el momento de su diagnóstico.

Debido a que, la población de estudio solo fueron las pacientes con cáncer de mama ya diagnosticado, este factor es significativo para el presente trabajo de

investigación, en concordancia con lo que la (American Cancer Society, 2013) en su página web indica que: “...algunos estudios sugieren que la lactancia puede reducir ligeramente el riesgo de padecer cáncer de seno. Esto es más probable cuando una mujer amamanta de 1½ a 2 años. Pero esto ha sido algo muy difícil de estudiar, especialmente en lugares como los Estados Unidos, donde la lactancia por un periodo tan prolongado como éste no es común. Una manera de explicar este posible efecto puede ser que la lactancia reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer. Esto es muy similar a comenzar los periodos menstruales a una edad mayor o experimentar la menopausia temprano”.

c. Edad primer embarazo

Cuadro N° 15. Edad de alumbramiento del primer hijo

Estado	Rango de Edad	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje	Porcentaje Válido
Válidos	16 - 24	16	16	18.4%	18.6%
	25 - 33	51	67	58.6%	59.3%
	34 - 42	19	86	21.8%	22.1%
	Total	86		98.9%	100.0%
Perdidos	Sin Hijos	1	87	1.1%	
Total		87		100.0%	

Elaborado por: Carmita Oyasa

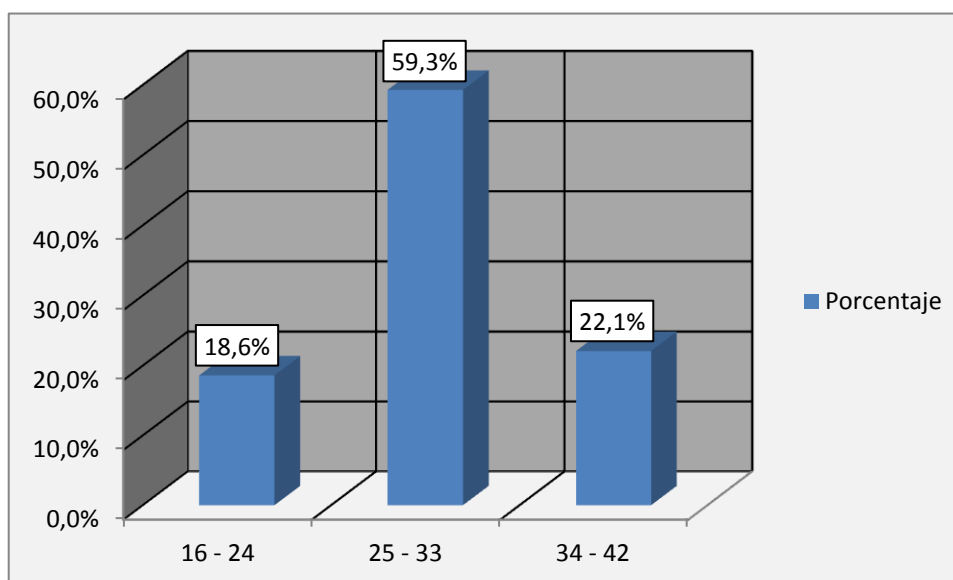


Gráfico N° 15. Edad de alumbramiento del primer hijo

Fuente: Cuadro N° 15

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se puede identificar los siguientes grupos de edad de alumbramiento de su primer hijo: el 18.6% de las pacientes atendidas tenían entre 16 y 24 años cuando tuvieron a su primer hijo, lo cual indica que la edad a la que tuvieron su primer hijo no es un factor determinante de la incidencia del cáncer de mama; el 59,36% de las pacientes tenían entre 25 y 33 años de edad cuando se dio el

alumbramiento de su primer hijo, siendo en este grupo, en el que el factor: edad del primer alumbramiento, se vuelve un determinante en la presencia del cáncer de mama; finalmente el 22.1% de las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, tenían entre 34 y 42 años cuando tuvieron a su primer hijo, convirtiéndose en el segundo grupo representativo donde el factor : edad del primer alumbramiento, se vuelve un determinante en la presencia del cáncer de mama.

Estos datos vienen a ser sustentados por el informe escrito por (Chen, 2012) , especialista del Programa de Leucemia y trasplante de Médula Ósea del Hospital General de Massachusetts, que para los servicios de MedlinePlus - Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. -, indica que: "*... las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron recién después de los 30 años tienen un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer...*"

4.1.4. Antecedentes familiares con cáncer de mama

Cuadro N° 16. Antecedentes familiares con cáncer de mama

Antecedentes	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Sí	71	71	81.6%
No	16	87	18.4%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

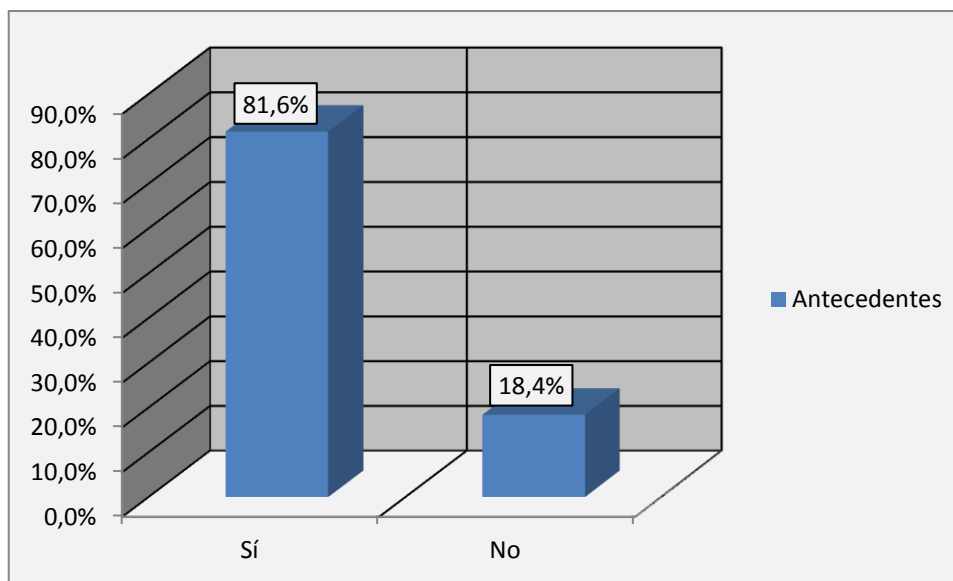


Gráfico N° 16. Antecedentes familiares con cáncer de mama

Fuente: Cuadro N° 16

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó acerca de la existencia de familiares con cáncer de mama: el 81.6% de las pacientes investigadas indicó que si tienen antecedentes de familiares con cáncer de mamá, convirtiéndose en un fuerte factor de incidencia en su padecimiento; apenas el 18.4% de las pacientes manifestaron que no tenían familiares con antecedentes de cáncer de mama.

Estos resultados están de acuerdo con lo expuesto por la (American Society of Clinical Oncology, 2013), quienes en su página web indican que: “...las mujeres que tienen un pariente en primer grado (madre, hermana, hija) a la que se le ha diagnosticado cáncer de mama corren más riesgo de padecer la enfermedad. El tener más de un pariente en primer grado con cáncer de mama aumenta aún más el riesgo, en especial si se lo diagnosticó a una edad temprana o en un hombre, porque esto podría indicar cambios genéticos heredados. Las mujeres que tienen un pariente en segundo grado (tía, sobrina, abuela, nieta) a quien se le ha diagnosticado cáncer de mama también tienen un riesgo más elevado de desarrollar cáncer de mama. Al evaluar los antecedentes familiares, también se debe considerar el lado del padre (paterno) de la familia, de la misma manera que el lado de la madre (materno)”.

Se debe tener en cuenta los estudios realizado por la (American Cancer Society, 2013) que en indica que la causa más común de cáncer de seno hereditario es una mutación hereditaria en los genes BRCA1 y BRCA2. En las células normales, estos genes ayudan a prevenir el cáncer al producir proteínas que evitan el crecimiento anormal de las células. Si usted heredó una copia mutada de uno de estos dos genes de cualquiera de sus padres, usted tiene un alto riesgo de cáncer de seno en el transcurso de su vida (American Cancer Society, 2013).

4.1.5. Características personales.

a. Valor del IMC

Cuadro N° 17. Valor del IMC

Rango IMC	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje	Estado
Por debajo de 18.5	2	2	2.3%	Por debajo del peso
18.5 a 24.9	39	41	44.8%	Saludable
25.0 a 29.9	45	86	51.7%	Con sobrepeso
30.0 a 39.9	1	87	1.1%	Obeso
Más de 40	0	87	0.0%	Obesidad extrema o de alto riesgo
Total	87		100.0%	

Elaborado por: Carmita Oyasa

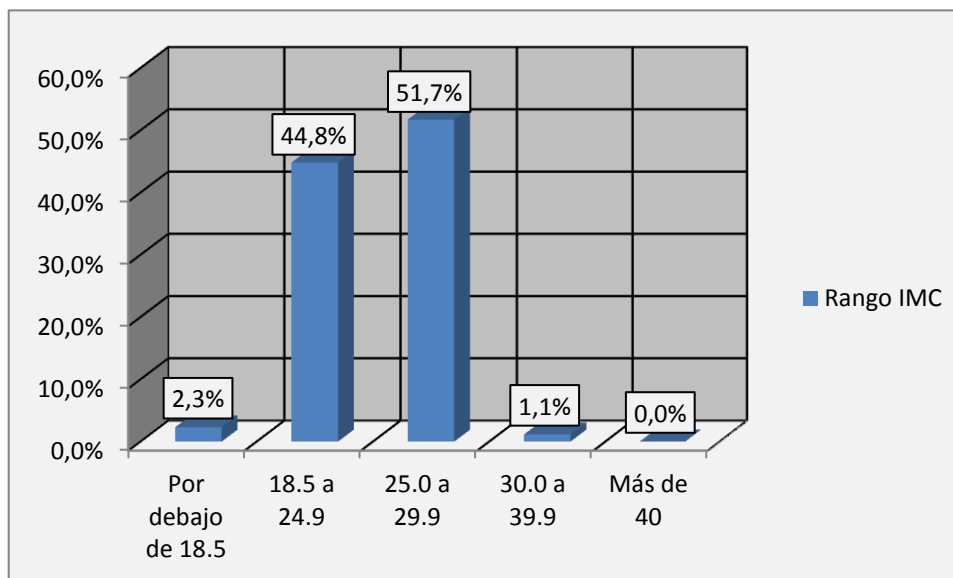


Gráfico N° 17: Sobrepeso u obesidad

Fuente: Cuadro N° 17

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, y en función al índice de Masa Corporal se pudo determinar que el 44.8% de las pacientes registra un IMC entre 18.5 y 24.9, lo que indica que se encuentran en un estado de peso normal.

De acuerdo a (Reynolds, 2012), en su publicación para el Boletín del Instituto Nacional de Cáncer: *...el sobrepeso y la obesidad están asociados a un riesgo mayor de contraer muchos tipos de cáncer, entre ellos, cáncer de mama posmenopáusico, cáncer de endometrio, cáncer colorrectal, cáncer de la vesícula biliar, de riñón, de páncreas y de tiroides. Éstos no son riesgos menores; de hecho, en el 2002, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, en base a datos europeos, calculó Notificación de salida que la obesidad contribuye en la formación de más de un tercio de los casos de cáncer de endometrio y cáncer de esófago, y un cuarto de los casos de cáncer de riñón.*

b. Primer Síntoma en los senos, antes del diagnóstico del Cáncer de Mama

Cuadro N° 18. Primer síntoma en los senos antes del diagnóstico

Categoría	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Dolor	8	8	9.2%
Secreción	8	16	9.2%
Masa o nódulo	59	75	67.8%
Retracción del pezón	2	77	2.3%
Otros	2	79	2.3%
Ninguno	8	87	9.2%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

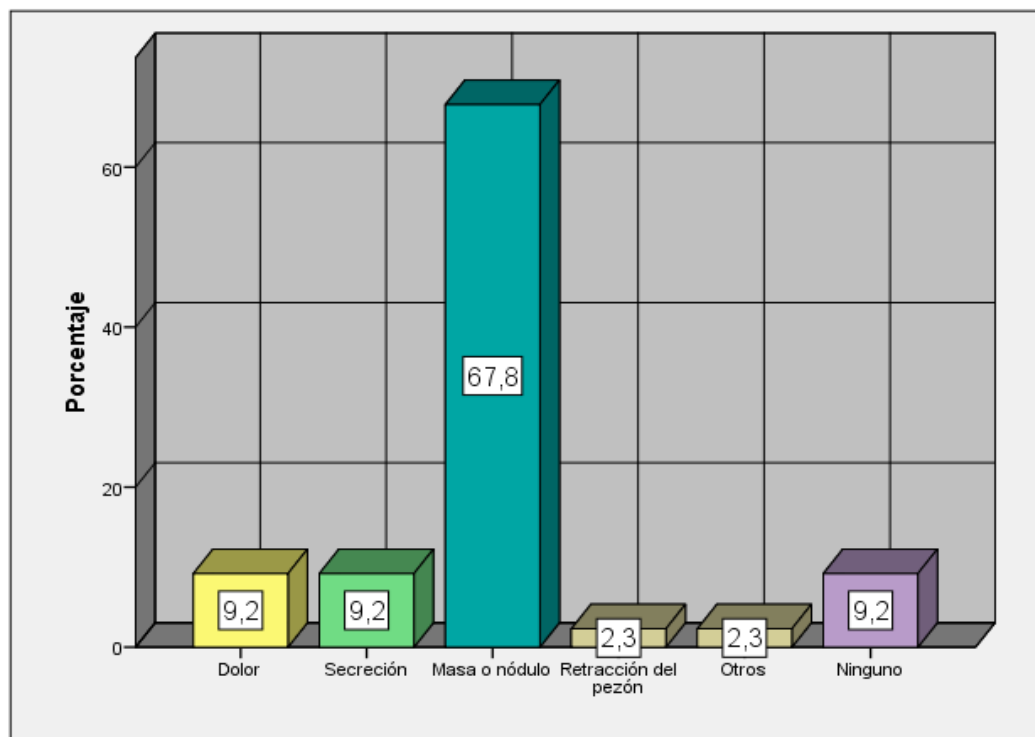


Gráfico N° 18. Primer síntoma en los senos antes del diagnóstico

Fuente: Cuadro N° 18

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar cuál fue el primer síntoma que apareció en los senos, antes de su diagnóstico de cáncer de mama: el 67.8% de las pacientes

encuestadas manifestó que el primer síntoma que presentaron fue el aparecimiento de una masa o nódulo en sus senos, que posteriormente confirmó la presencia de un tumor, mediante los exámenes realizados por el médico mediante una mamografía y control.

De acuerdo a la información contenida en el sitio web de la American Cancer Society: *“...el síntoma más común del cáncer de seno es una nueva masa o protuberancia. Una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cáncer, aunque los tumores cancerosos del seno pueden ser sensibles a la palpación, blandos y de forma redondeada. Incluso pueden causar dolor. Por este motivo, es importante que un médico con experiencia en las enfermedades de los senos examine cualquier masa o protuberancia nueva, o cualquier cambio en los senos”* (American Cancer Society, 2014).

c. Tiempo transcurrido entre el aparecimiento del primer síntoma y el control médico

Cuadro N° 19. Tiempo transcurrido entre el aparecimiento del primer síntoma y el control médico

Categoría	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
En control	9	9	10.3%
Antes de 6 meses	51	60	58.6%
Antes de 1 año	17	77	19.5%
Después de un año	10	87	11.5%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

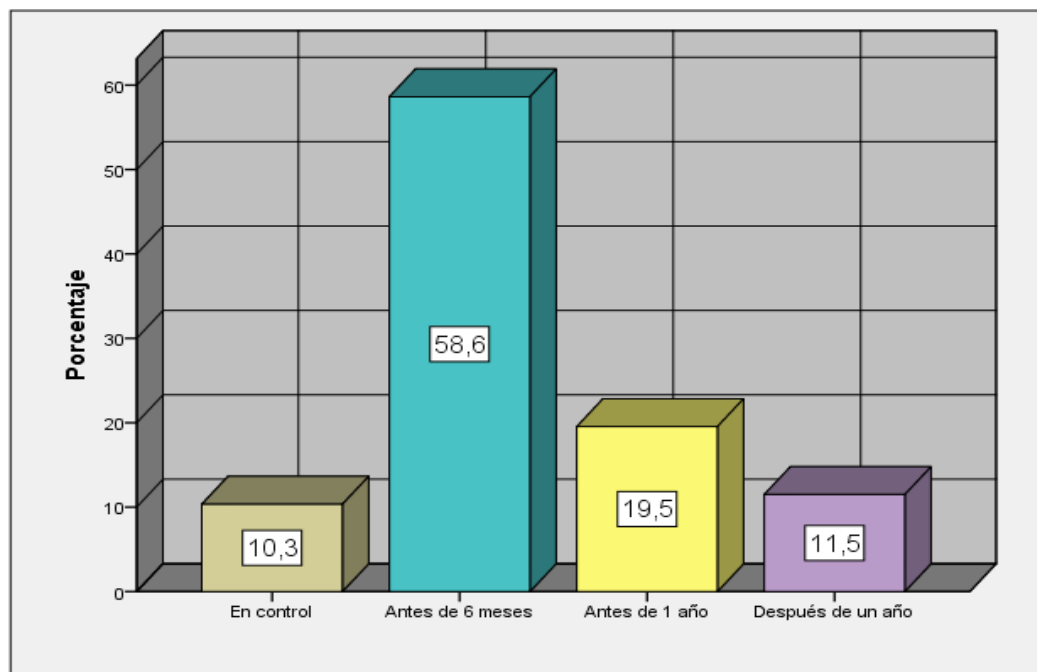


Gráfico N° 19. Tiempo transcurrido entre el aparecimiento del primer síntoma y el control médico

Fuente: Cuadro N° 19

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar, cuando se investigó el tiempo transcurrido entre el momento de aparición del primer síntoma y el primer control médico realizado, que el 58.6% de las pacientes encuestadas acudieron al control médico antes de

los 6 meses, transcurridos a partir de la aparición del primer síntoma de su padecimiento. Si a los valores anteriores se les suma el porcentaje de pacientes con un diagnóstico controlado, 10.3%, se obtienen un 68.9% de pacientes con altas posibilidades de control y se puede concluir que un 31.1% de las pacientes encuestadas manifestaron un total descuido y desconocimiento, sobre su salud ya que dejaron transcurrir demasiado tiempo antes de acudir al control médico.

De acuerdo con el sitio web de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC, 2013), las posibilidades de curación de los cánceres de mama que se detectan en su etapa inicial (in situ) son prácticamente del 100%. Se ha podido demostrar que, gracias a la realización de campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, la mortalidad por esta enfermedad ha disminuido de una forma significativa, al menos cuando se realiza en la edad de mayor incidencia (por encima de los 50 años).

d. Estadio del Diagnóstico de Cáncer de Mama

Cuadro N° 20. Estadio del diagnóstico de cáncer de mama

Estadio	TNM	Frecuencia por Estadio	Frecuencia por TNM	% por Estadio	% por TNM
IA	T1N0M0	9	9	10.3%	100.0%
IB	T1N1M0	1	1	1.1%	100.0%
IIA	T1N1M0	22	1	25.3%	4.5%
IIA	T2N0M0		21		95.5%
IIB	T2N0M0	30	1	34.5%	3.3%
IIB	T2N1M0		22		73.3%
IIB	T3N0M0		7		23.3%
IIIA	T2N1M0	11	1	12.6%	9.1%
IIIA	T2N2M0		1		9.1%
IIIA	T3N0M0		1		9.1%
IIIA	T3N1M0		7		63.6%
IIIA	T3N1M0		1		9.1%
IIIB	T4N1M0	8	5	9.2%	62.5%
IIIB	T4N2M0		3		37.5%
IIIC	T1N3M0	1	1	1.1%	100%
IV	T2N2M1	5	4	5.7%	80.0%
IV	T3N1M1		1		20.0%
Total		87	87	100.0%	

Elaborado por: Carmita Oyasa

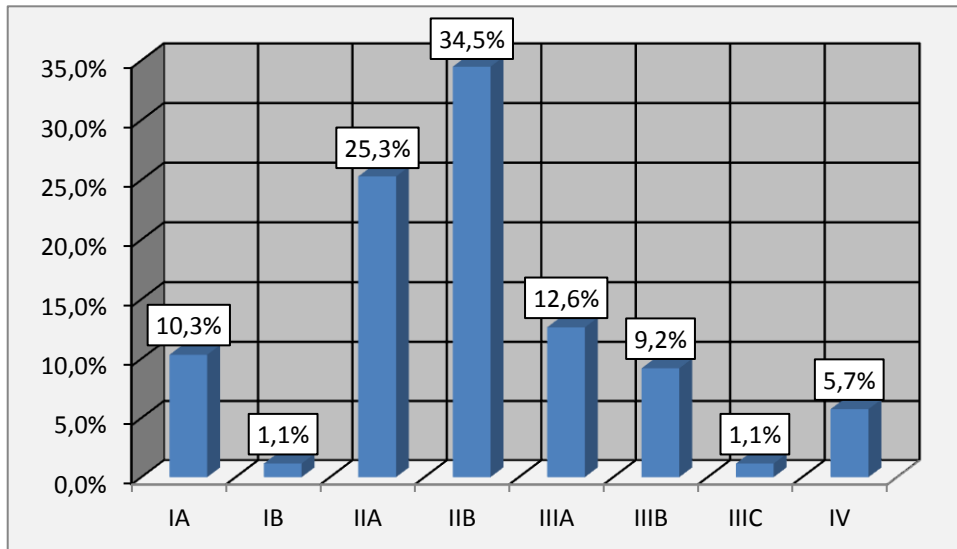


Gráfico N° 20. Pacientes por etapas del cáncer de mama

Fuente: Cuadro N° 20

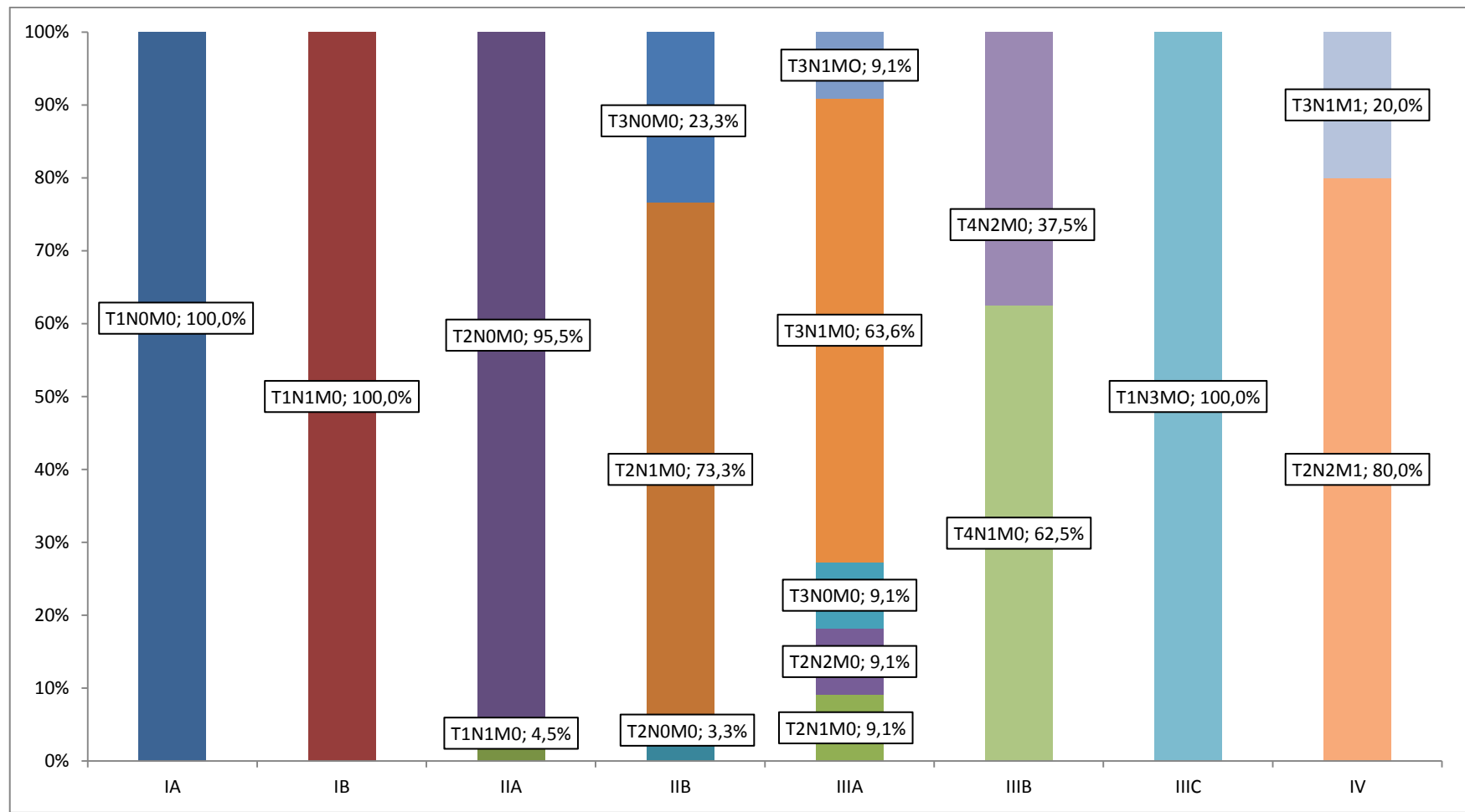


Gráfico N° 21. Estadificación de las pacientes con cáncer de mama de acuerdo al Sistema TNM del American Joint Committee on Cancer

Fuente: Cuadro N° 31

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes grupos, cuando se investigó la fase en la que se encuentra su padecimiento y se los estratifico de acuerdo al sistema de estadificación TNM del American Joint Committee on Cancer:

- El 10.3% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IA, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide 2 cm (aproximadamente 3/4 de pulgada) o menos de ancho, y no se ha propagado a los ganglios linfáticos, ni a áreas distantes. En esta etapa existe una estratificación TNM única, T1N0M0.
- El 1.1% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IB, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide 2 cm o menos (o no se detecta) de ancho con micro metástasis en uno a tres ganglios linfáticos axilares (el cáncer en los ganglios linfáticos mide más de 0.2 mm de ancho y/o contiene más de 200 células, pero no mide más de 2 mm). El cáncer no se ha propagado a áreas distantes. En esta etapa existe una estratificación TNM única, T1N1M0.
- El 25.3% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IIA. Para esta etapa, la estratificación de los pacientes ha permitido determinar como principal grupo:
 - ✓ El 95.5% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T2N0M0, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm de ancho, pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.
- El 34.5% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IIB. Para esta etapa la estratificación de los pacientes ha permitido determinar como principales grupos:
 - ✓ El 73.3% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T2N1M0, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm de ancho. El cáncer se ha propagado a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se han

encontrado diminutas cantidades del tumor en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.

- ✓ El 23.30% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T3N0M0, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide más de 5 cm de ancho, pero no ha crecido hacia la pared torácica o la piel, y no se ha propagado a los ganglios linfáticos. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.
- El 12.6% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IIIA Para esta etapa, la estratificación de los pacientes ha permitido determinar como principal grupo:
 - ✓ El 63.6% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T3N1M0, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide más de 5 cm de ancho, pero no ha crecido hacia la pared torácica o la piel. Se ha propagado a entre uno y nueve ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios mamaros internos. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.
- El 9.2% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IIIB. Para esta etapa la estratificación de los pacientes ha permitido determinar como principales grupos:
 - ✓ El 62.5% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T4N1M0, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que ha crecido en la pared torácica o en la piel, el cáncer se ha propagado a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se han encontrado diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.
 - ✓ El 37.5% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T4N2M0, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que ha crecido en la pared torácica o en la piel, se ha propagado entre cuatro y nueve ganglios linfáticos axilares, o el cáncer ha agrandado los

ganglios linfáticos mamaros internos. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.

- El 1.1% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IIIC, es decir que se les ha diagnosticado un tumor con un tamaño no definido (o que no puede ser encontrado). Se han comprometido 10 o más ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos debajo y sobre la clavícula. Se han agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos y el cáncer se ha propagado a cuatro o más ganglios linfáticos axilares, encontrándose diminutas cantidades del tumor en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela. El cáncer no se ha propagado a áreas distantes. En esta etapa existe una estratificación TNM única, T1N3M0.
- El 5.7% de las pacientes encuestadas se encuentra en etapa IV. Para esta etapa la estratificación de los pacientes ha permitido determinar como principales grupos:
 - ✓ El 80% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T2N2M1, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide más de 2 cm, pero no más de 5 cm de ancho, el cáncer se ha propagado entre cuatro y nueve ganglios linfáticos debajo del brazo o ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos, pero no ambos. El cáncer se ha propagado a órganos distantes.
 - ✓ El 20% de las pacientes que se encuentran en esta etapa poseen una caracterización T3N1M1, es decir que se les ha diagnosticado un tumor que mide más de 5 cm de ancho, el cáncer se ha propagado entre uno y tres ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo), y/o se han encontrado diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos (aquellos que están cerca del esternón) en la biopsia de ganglio centinela. El cáncer se ha propagado a órganos distantes.

Para determinar si una etapa de detección es tardía o temprana, se debe tomar en cuenta la tasa de supervivencia de cada una de las mismas. El Centro de Datos SEER del Instituto Nacional del Cáncer indica que: *“...las estadísticas disponibles no dividen las tasas de supervivencia en todas las subetapas, tal como IA y IB. Las tasas de estas subetapas probablemente se acerquen a la tasa para la*

etapa general. Estos números se basan en la versión previa del sistema AJCC de clasificación por etapas. En esa versión, la etapa II también incluyó a pacientes que ahora se considerarían pacientes en etapa IB:

Cuadro N° 21. Tasa de supervivencia por etapas de cáncer de mama

<i>Etapa</i>	<i>Tasa de supervivencia (Relativa 5 años)</i>
<i>0</i>	<i>100%</i>
<i>I</i>	<i>100%</i>
<i>II</i>	<i>93%</i>
<i>III</i>	<i>72%</i>
<i>IV</i>	<i>22%</i>

Fuente: American Cancer Society

El sistema AJCC que se usa para describir tanto la cantidad de cáncer como su diseminación en el cuerpo de un paciente mediante las letras TNM. La letra T describe el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer hacia el tejido cercano; la letra N describe la diseminación del cáncer hasta los ganglios linfáticos cercanos y la letra M describe las metástasis (diseminación del cáncer hacia otras partes del cuerpo). El American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC) crearon este sistema y se encargan de actualizarlo. El sistema de estadificación del AJCC se usa para describir la mayoría de los tipos de cáncer. También se llama sistema de estadificación TNM” (American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), 2011).

De acuerdo a estos criterios se consideró que la detección fue temprana cuando se tiene una supervivencia de las pacientes es del 100% y tardía cuando la misma es menor al 100%:

Cuadro N° 22. Detección en la etapa tardía del cáncer de mama

Etapa Tardía	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
No	10	10	11.49%
Sí	77	87	88.51%
Total	87		100.00%

Elaborado por: Carmita Oyasa

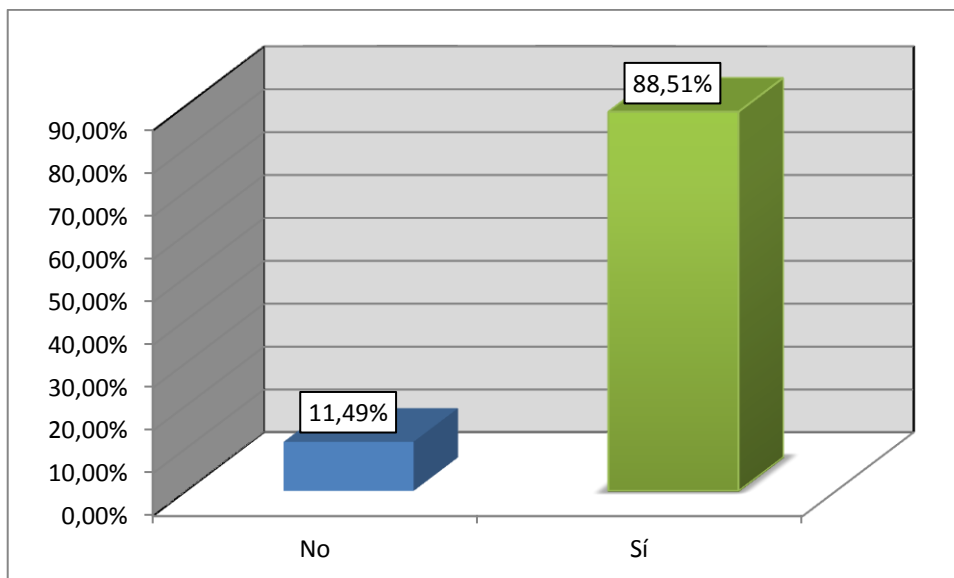


Gráfico N° 22. Detección en la etapa tardía del cáncer de mama

Fuente: Cuadro N° 22

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo obtener los siguientes resultados en cuanto a si la detección del cáncer de mama fue en una etapa tardía de la enfermedad, de acuerdo a su ficha clínica: al 88.51% de las pacientes encuestadas se les detecto en una etapa tardía de su padecimiento y al 11.49% de las pacientes encuestadas se les detecto en una etapa temprana de su padecimiento.

4.1.6. Conocimiento acerca de la enfermedad

a. Conocimiento del método para realizarse el autoexamen de cáncer de mama

Cuadro N° 23. Conocimiento del Método del Autoexamen de Cáncer de Mama

Respuesta	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Sí	42	42	48.3%
No	45	87	51.7%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

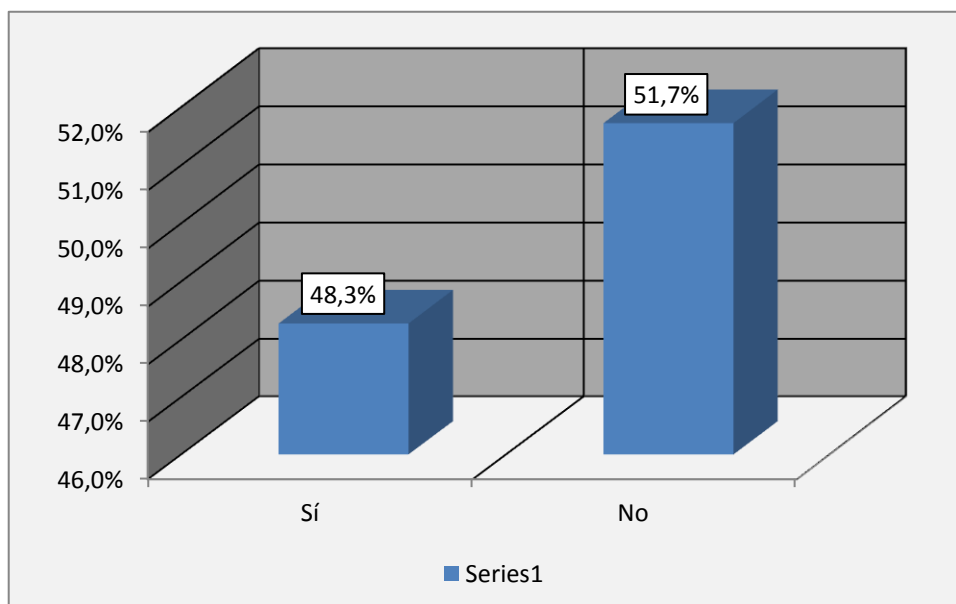


Gráfico N° 23. Conocimiento del Método del Autoexamen de Cáncer de Mama

Fuente: Cuadro N° 23

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó si las pacientes tenían conocimiento del método del autoexamen de cáncer de mama: Un 51.7% de las pacientes atendidas respondieron que no tienen conocimiento acerca del método del autoexamen de cáncer de mama, este grupo representa la mayoría de las pacientes que fueron objeto de estudio, aunque no es una mayoría

determinante; un 48.3% de las pacientes manifestaron que si tienen conocimiento acerca del método del autoexamen de cáncer de mama.

De acuerdo con la (American Cancer Society, 2014), “...a partir de los 20 años de edad, se les debe informar a las mujeres sobre los beneficios y limitaciones del autoexamen de los senos. La mujer debe familiarizarse con el aspecto natural de sus senos, mediante la observación y la palpación, y notificar inmediatamente a su médico cualquier cambio nuevo relacionado con sus senos. Encontrar un cambio en los senos no significa necesariamente que se trate de cáncer. Una mujer puede notar cambios en sus senos cuando se familiariza con el aspecto normal de sus senos al observar y palpar sus senos en busca de cualquier cambio (toma de conciencia) o cuando opta por usar un método paso a paso (con un autoexamen) y usa un programa específico para examinar sus senos”.

b. Realización del Autoexamen de cáncer de mama

Cuadro N° 24. Autoexamen de cáncer de mama

Autoexamen de mamas	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Sí	22	22	25.3%
No	65	87	74.7%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

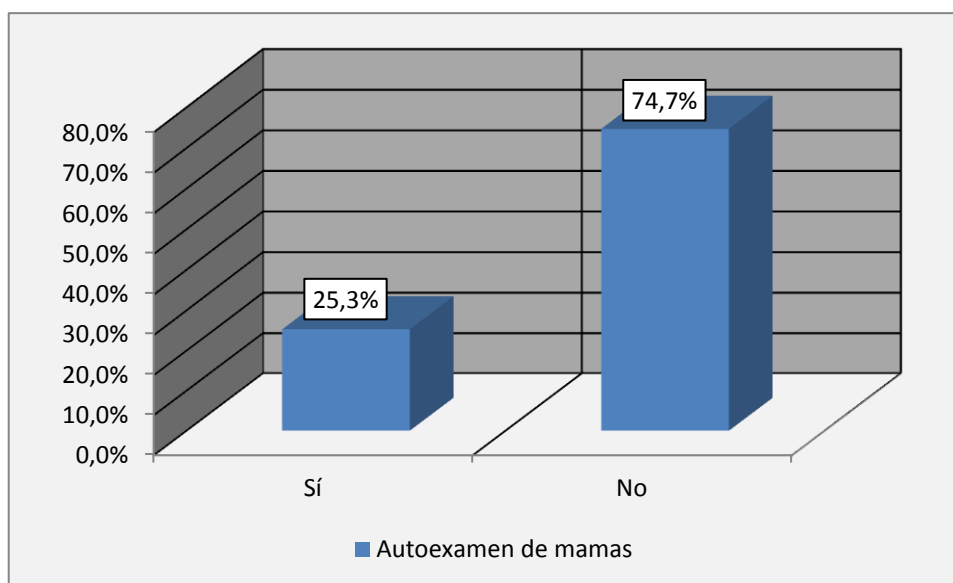


Gráfico N° 24. Autoexamen de cáncer de mama

Fuente: Cuadro N° 24

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó si las pacientes se habían realizado el autoexamen del cáncer de mama: Un 74.7% de las pacientes atendidas no se han realizado el autoexamen de cáncer de mama, convirtiéndose en un factor decisivo en el diagnóstico y pronóstico de su padecimiento; el 25.3% de las pacientes manifestaron que si se han realizado el autoexamen de cáncer de mama. Con estos porcentajes se puede concluir que no existe una interiorización en las mujeres sobre la importancia de la realización del autoexamen mamario como una forma de diagnosticar a tiempo el padecimiento.

(Gómez Rodríguez, 2008), Cirujano Oncólogo Mastólogo del Hospital Oncológico Padre Machado, manifiesta que: “...aunque existen controversias a la hora de darle importancia o no al autoexamen, no cabe duda que definitivamente debe considerarse como una forma importante de diagnóstico temprano de la enfermedad. Por otra parte, permite a la mujer observar, visualizar y detectar cambios en sus mamas que pueden considerarse signos de alarma. Se recomienda en las mujeres pre-menopáusicas que tienen ciclo menstrual realicen el autoexamen una semana después de la menstruación y, en el caso de las mujeres post-menopáusicas o con ausencia de útero fijarse un día al mes para realizarlo”.

c. Realización del proceso de inspección, mediante observación de sus mamas

Cuadro N° 25. Proceso de inspección, mediante observación de sus mamas

Respuesta	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Sí	44	44	50.6%
No	43	87	49.4%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

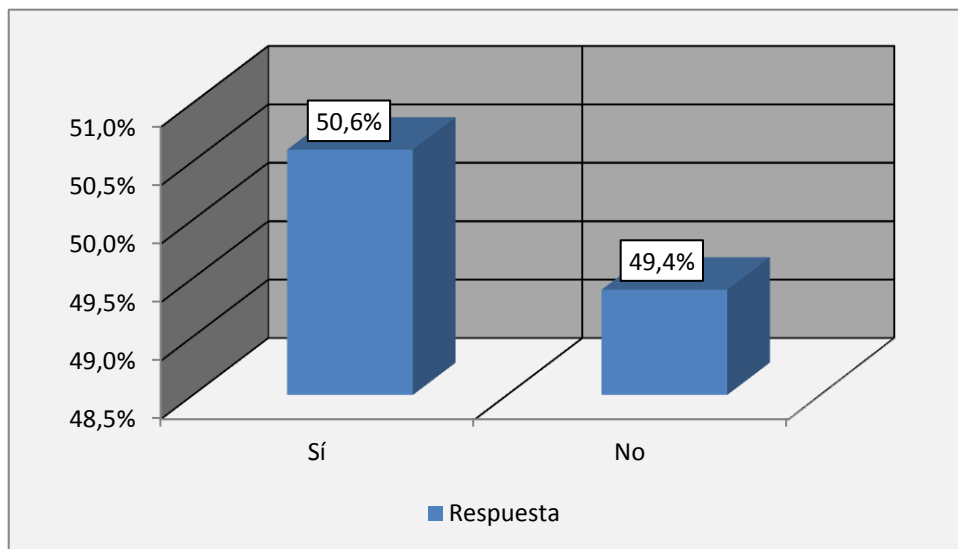


Gráfico N° 25. Proceso de inspección, mediante observación de sus mamas

Fuente: Cuadro N° 25

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó si las pacientes realizan el proceso de inspección de sus mama mediante observación: Un 50.6% de las pacientes atendidas respondieron que si realizan el proceso de inspección de sus mama mediante observación, este grupo representa la mayoría de las pacientes que fueron objeto de estudio, aunque si ser una mayoría determinante; un 49.3% de las pacientes manifestaron que no realizan el proceso de inspección de sus mama mediante observación.

De acuerdo a la información contenida en la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU, parte de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE.UU: “... *el autoexamen de mamas es un chequeo que una mujer se realiza en casa para buscar cambios o problemas en el tejido mamario. Muchas mujeres sienten que hacer esto es importante para su salud. Sin embargo, los expertos no se ponen de acuerdo respecto a los beneficios de los autoexámenes de mamas para detectar el cáncer de mama o salvar sus vidas. Es necesario hablar con el médico respecto a si el autoexamen de mamas es apropiado para cada caso*” (Smith, Ziev, Eltz, Slon, & Wang, 2012).

En contraposición a este criterio, el trabajo de (Ponce Calle, 2009), publicado en la *Revista Cubana de Ciencias Médicas* recomienda la autoexploración mamaria a partir de los 20 años. El autor recalca la importancia de este procedimiento ya que posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta una mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y en específico del cáncer; más de 80% de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer (Bernard-Marty, Lebrun, Awada, & Piccart, 2006). No se ha demostrado que la autoexploración rutinaria reduzca la mortalidad por cáncer de mama ni que sea preferible a la detección rutinaria mediante mamografía; no obstante, los tumores detectados mediante esta técnica suelen ser de menor tamaño, asociarse con un mejor pronóstico y ser más fácilmente tratables mediante cirugía conservadora (Bernard-Marty, Lebrun, Awada, & Piccart, 2006).

Por otra parte, el autoexamen de mama ha sido puesto a juicio debido a que no se ha demostrado en forma específica su relación con la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, en estudios realizados en los Estados Unidos de América (Bernard-Marty, Lebrun, Awada, & Piccart, 2006). Es la prueba que ofrece menor sensibilidad, por elevar la proporción de falsos positivos. Sin embargo esta sensibilidad mejora si las mujeres son entrenadas en la técnica correcta del autoexamen de las mamas (Ministerio de Salud Pública, 2002).

d. Razones para no realizarse el autoexamen de mamas

Cuadro N° 26. Razones para no realizarse el autoexamen de mamas

Categoría	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Miedo	32	32	36.8%
Creencias religiosas	2	34	2.3%
Vergüenza	3	37	3.4%
Inseguridad	13	50	14.9%
Desconocimiento y mitos	30	80	34.5%
Actitud negativa de la pareja	1	81	1.1%
Información negativa	2	83	2.3%
Machismo	1	84	1.1%
Afectación psicológica	1	85	1.1%
Otra (descuido)	2	87	2.3%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

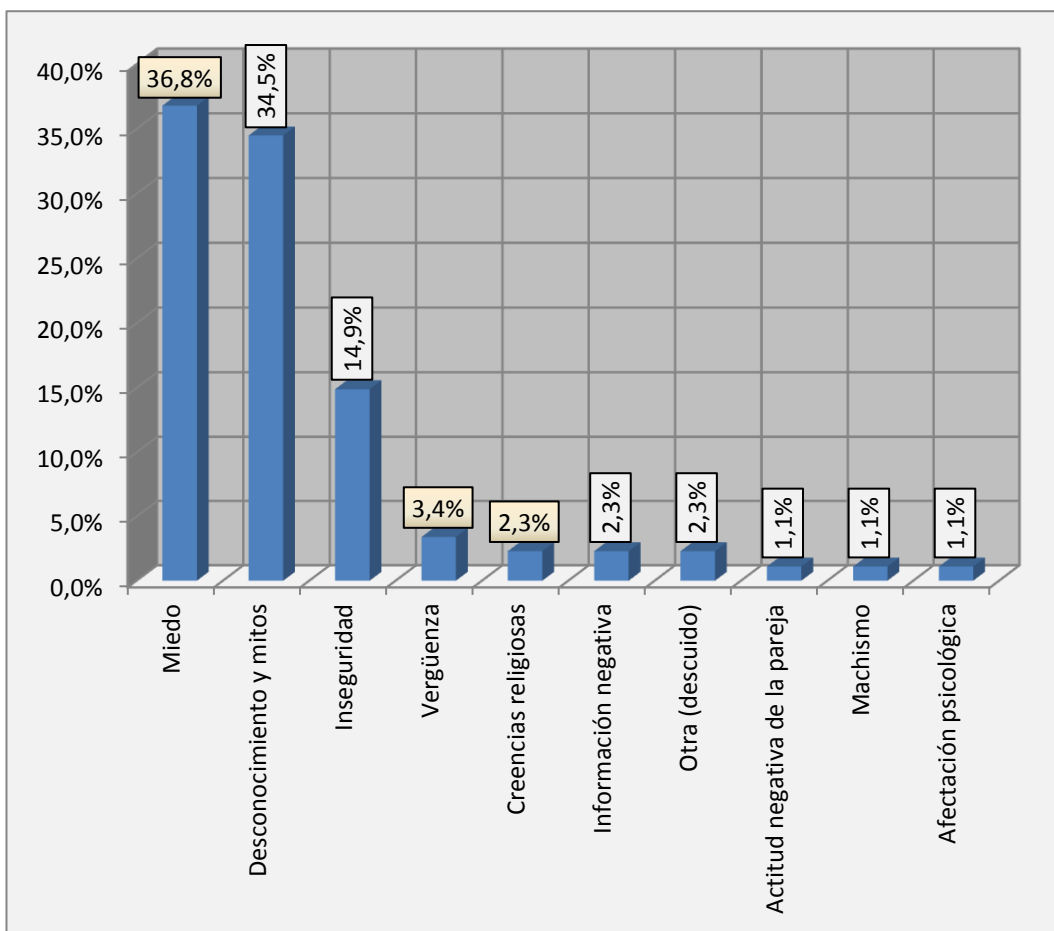


Gráfico N° 26. Razones para no realizarse el autoexamen de mamas

Fuente: Cuadro N° 26

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar que las 2 razones más importantes por las cuales las pacientes no se realizan el autoexamen para detectar el cáncer de mama son:

- El miedo, que fue seleccionada como la primera causa, con un 36.8% de las respuestas de las pacientes.
- El desconocimiento y los mitos, que fue seleccionada como la segunda causa, con un 34.5% de las respuestas de las pacientes.

De acuerdo con (Godayol, 2012): “...*la idea de realizarse un autoexamen mamario consiste en familiarizar a la mujer con sus propias mamas, muchas mujeres están reacias a tocar o palpar sus pechos por diferentes razones, todas ellas válidas por una u otra razón, sin embargo la opción de realizarse un autoexamen de la mama se justifica. A nivel mundial más del 80 % de las lesiones cancerosas que se diagnostican se deben a lesiones palpables por las propias mujeres que acuden a la consulta, normalmente lesiones mayores de 2 centímetros, las mamas son órganos muy difíciles de examinar, siendo lo normal que las mamas sean muy variables de mujer a mujer, por lo que es importante saber que es normal y que no para la mujer*”.

e. Forma de examinar las mamas por parte de las pacientes

Cuadro N° 27. Forma de examinar las mamas por parte de las pacientes

Forma del Examen	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Ambas a la vez	36	36	41.4%
De una por vez	33	69	37.9%
Ninguna	18	87	20.7%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

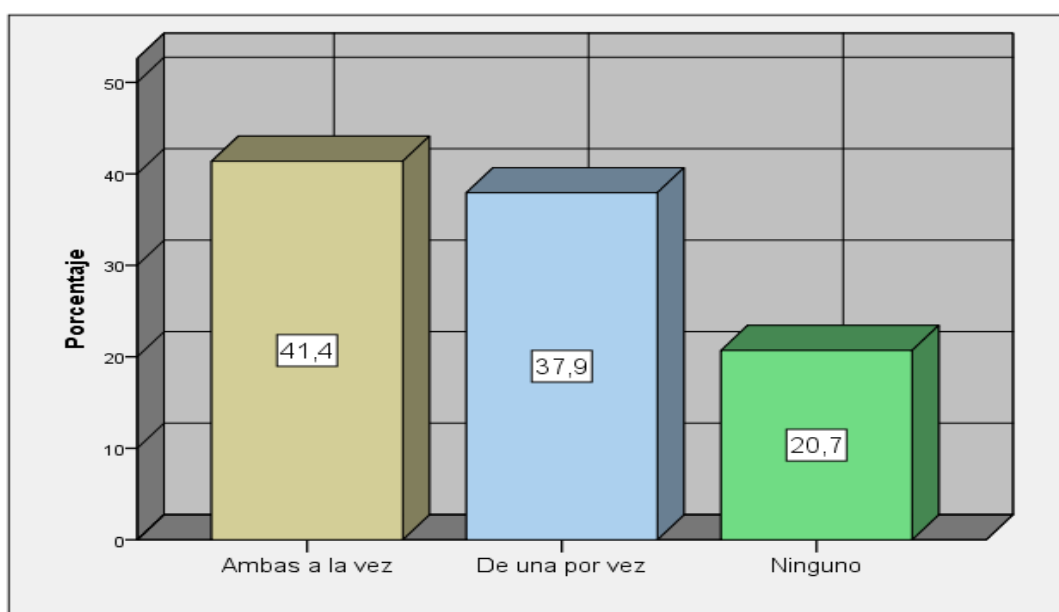


Gráfico N° 27. Forma de examinar las mamas por parte de las pacientes

Fuente: Cuadro N° 27

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó la forma de examinar sus mamas por parte de las pacientes: el 41.4% de las pacientes encuestadas respondió que examina ambas mamas a la vez, siendo este el grupo al que la mayoría de las pacientes pertenece; el 37.9% de las pacientes que examinan sus mamas una por una, es decir de una por vez; finalmente el 20.7% de las pacientes respondió que no realizan ningún tipo de autoexamen sobre sus mamas. Con estos resultados se pudo establecer que la mayor parte de

las pacientes realizan el autoexamen de una manera incorrecta, ambas mamas a la vez, puesto que lo recomendable es una a la vez para poder detectar cualquier anomalía.

De acuerdo a la información contenida en el sitio web de la American Cancer Society la forma de realizar el autoexamen de mamas es: “... *acuéstese boca arriba y coloque el brazo derecho detrás de la cabeza. El examen se realiza mientras está acostada y no de pie. Esto se debe a que cuando se está acostada el tejido de cada seno se extiende uniformemente sobre la pared torácica, haciendo que el tejido esté lo más delgado posible. Esto permite que se pueda palpar todo el tejido de cada seno con mucha más facilidad.*” (American Cancer Society, 2014)

f. Frecuencia de realización de una mamografía para pacientes mayores de 40 años

Cuadro N° 28. Frecuencia de realización de una mamografía

Categoría	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Nunca	59	59	67.8%
Una vez	14	73	16.1%
Dos o más veces	14	87	16.1%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

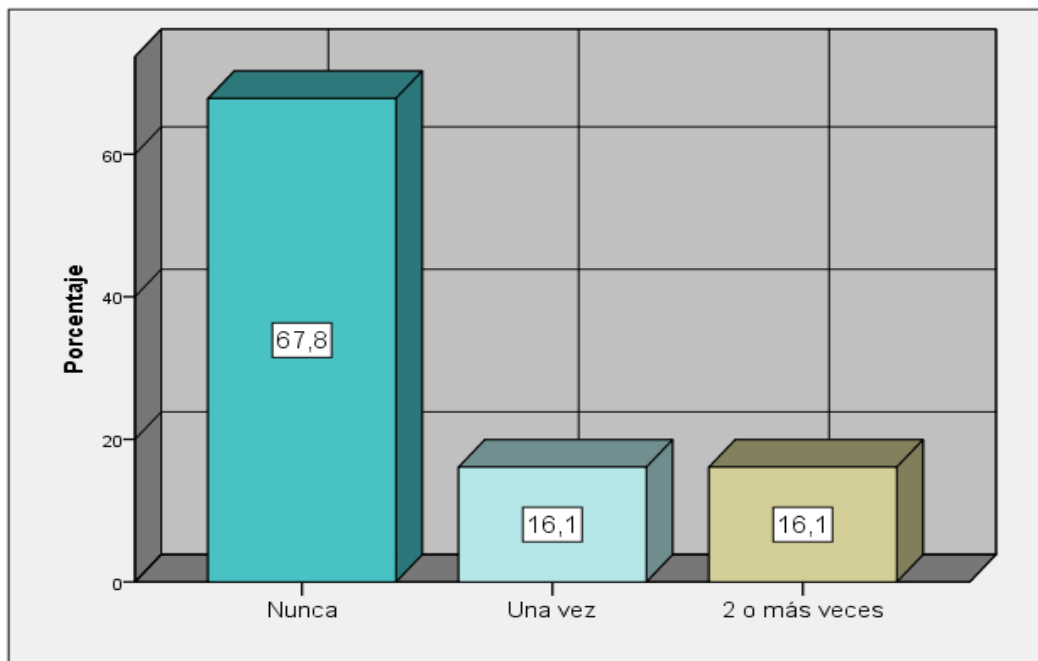


Gráfico N° 28. Frecuencia de realización de una mamografía

Fuente: Cuadro N° 28

Análisis e interpretación

Entre las pacientes, mayores a 40 años, atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó la frecuencia con la que se realizaban una mamografía: el 67.8% de las pacientes respondieron que nunca se han realizado una mamografía, siendo este el grupo que más alta cantidad de pacientes registra; el 16.1% de la pacientes respondió que solo una vez se ha realizado una mamografía; finalmente

otro 16.1% de las pacientes respondió que este tipo de examen se lo ha hecho 2 o más veces. Se puede concluir que la mayor parte de pacientes casi nunca se han realizado una mamografía antes del diagnóstico y padecimiento de cáncer de mama.

De acuerdo con el (Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU, 2014): “...la *detección temprana de cáncer de seno con la mamografía selectiva de detección significa que el tratamiento puede empezarse más pronto en el curso de la enfermedad, posiblemente antes de que se haya extendido. Los resultados de estudios clínicos aleatorizados y de otros estudios indican que la mamografía de detección puede ayudar a reducir el número de muertes por cáncer de seno entre mujeres de 40 a 74 años de edad, especialmente para las que tienen más de 50 años de edad (Mandelblatt, Cronin, & Bailey, 2009). Sin embargo, los estudios llevados a cabo hasta la fecha no han indicado que haya un beneficio de las mamografías de detección regulares en mujeres menores de 40 años de edad o de mamografías de detección como base (mamografías que se usan como punto de comparación) que se toman antes de los 40 años de edad”.*

g. Cumplimiento anual de la revisión médica de sus mamas

Cuadro N° 29. Cumplimiento de la revisión médica anual

Cumplimiento	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Siempre	10	10	11.5%
Algunas Veces	32	42	36.8%
Nunca	45	87	51.7%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

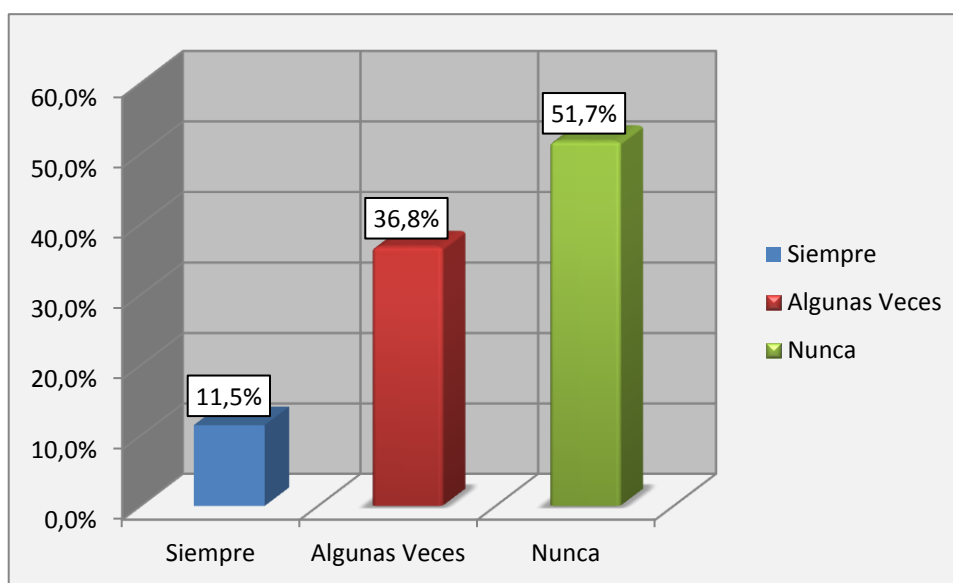


Gráfico N° 29. Cumplimiento de la revisión médica anual

Fuente: Cuadro N° 29

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar las siguientes frecuencias de cumplimiento anual de la revisión médica de sus mamas: el 51.7% de las pacientes respondió que nunca cumple con la revisión médica de sus mamas, estableciéndose que la mayor parte de las pacientes no acudió a revisión médica de sus mamas y que existió despreocupación por la prevención y diagnóstico oportuno de la enfermedad; el 36.8% de las pacientes respondió, que algunas veces acude a la revisión médica de sus mamas; finalmente un 11.5% respondió que siempre cumple con la revisión

médica de sus mamas. En función de estos resultados se puede concluir que solo un bajo porcentaje de pacientes realiza un cuidado preventivo frente a su padecimiento (menos del 12% de las pacientes), lo que incrementaría la morbilidad de la mayor parte de las pacientes.

De acuerdo con la fundación (AECC, 2013): *“Las revisiones periódicas son necesarias para confirmar el estado del paciente, seguir y controlar los efectos secundarios del tratamiento, y para instaurar en caso necesario, un nuevo tratamiento lo más rápidamente posible, si reaparece la enfermedad. El médico establecerá el tiempo que debe pasar entre cada revisión, así como las pruebas que serán necesarias. El protocolo de seguimiento así como los tiempos pueden variar en función de cada caso”*,

h. Diagnóstico precoz del cáncer de mama

Cuadro N° 30. Prevención del cáncer de mama

¿Diagnóstico precoz es posible?	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
No	74	74	85.1%
Sí	13	87	14.9%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

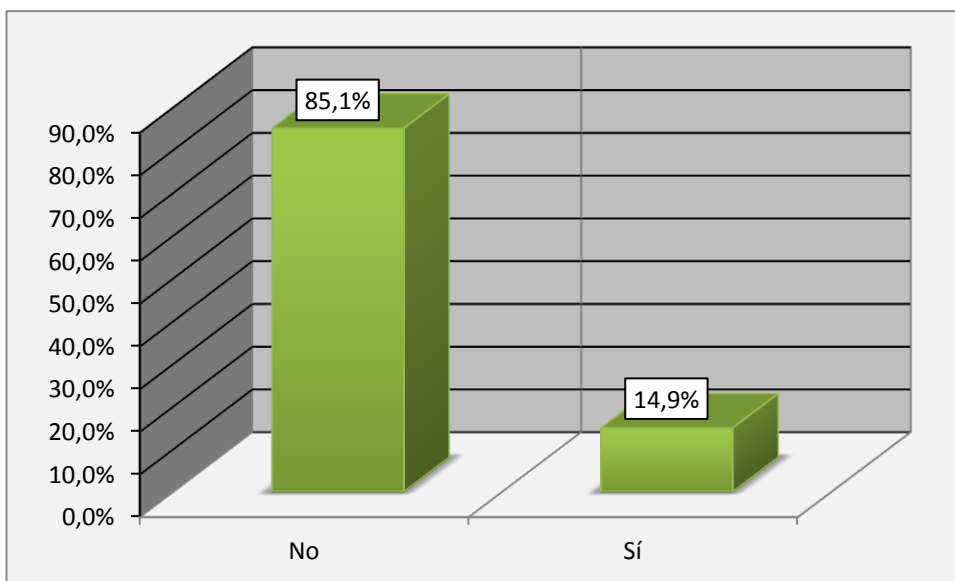


Gráfico N° 30. Prevención del cáncer de mama

Fuente: Cuadro N° 30

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó si sabían que se puede prevenir el cáncer de mama: Un 85.1% de las pacientes atendidas no sabían que se puede prevenir el cáncer de mama; el 14.9% de las pacientes manifestaron que si sabían que se puede prevenir la aparición del cáncer de mama. Con estos porcentajes se puede concluir que, la mayor parte de las pacientes desconocían que se puede prevenir la aparición del cáncer de mama y diagnosticar a tiempo su padecimiento.

f. Recepción de información acerca del cáncer de mama

Cuadro N° 31. Recepción de información acerca del cáncer de mama

¿Recibió información?	Frecuencia	Frecuencia Acumulada	Porcentaje
Sí	20	20	23.0%
No	67	87	77.0%
Total	87		100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

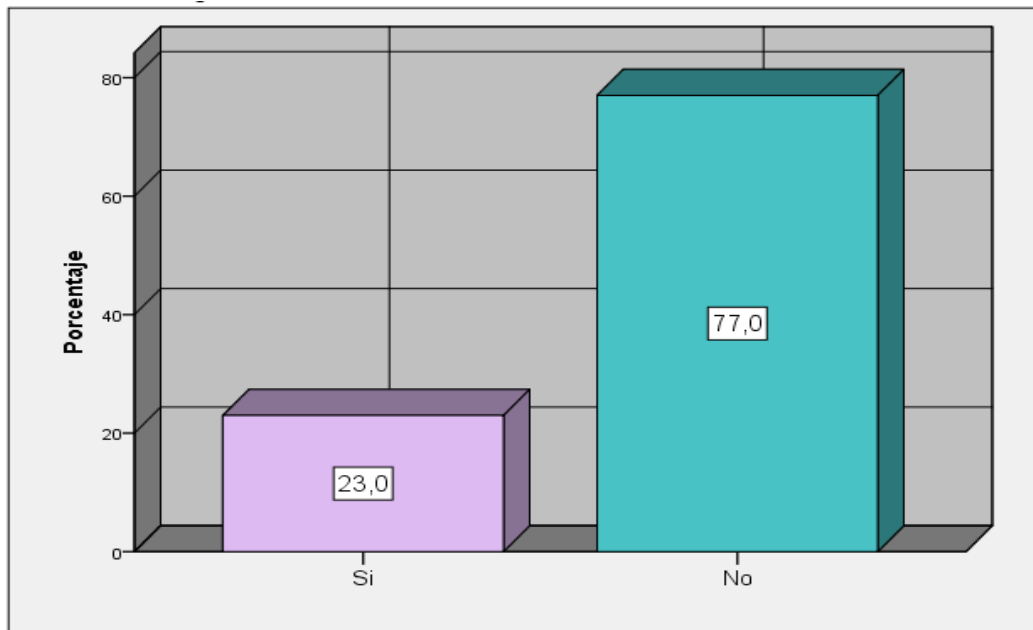


Gráfico N° 31: Información acerca del cáncer de mama

Fuente: Cuadro N° 31

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes porcentajes, cuando se investigó si recibieron información acerca del cáncer de mama: Un 77% de las pacientes atendidas no recibieron información sobre el cáncer de mama, convirtiéndose en un factor decisivo en el diagnóstico y pronóstico de su padecimiento; el 23% de las pacientes manifestaron que si recibieron información acerca del cáncer de mama.

De acuerdo con los resultados de la investigación realizada por (Giraldo Mora & Arango Rojas, 2009), y publicados en la revista científica de la Universidad de Antioquía: “...las mujeres consideran que existe poca información y educación sobre el cáncer de mama, tanto en las instituciones de salud como en la televisión, y que es deber de estas entidades, hacer campañas preventivas con discursos más profundos, si se tienen en cuenta la magnitud y los efectos de este problema, aunque reconocen que los mensajes, especialmente los de televisión y la Internet, impactan y demandan una formación científica suficiente, que permita erradicar “estereotipos” e “ignorancia”.

4.1.7. Relación: Detección tardía del cáncer de mama y cumplimiento anual de la revisión médica de sus mamas.

Cuadro N° 32. Frecuencias de la relación

		Revisión Anual Médica			Total
		Siempre	Algunas Veces	Nunca	
Detección Tardía del Cáncer de Mama	Sí	1	31	45	77
	No	9	1	0	10
Total		10	32	45	87

Elaborado por: Carmita Oyasa

Cuadro N° 33. Frecuencias Relativas

		Revisión Anual Médica			Relación Total
		Siempre	Algunas Veces	Nunca	
Detección Tardía del Cáncer de Mama	Sí	10.0%	96.9%	100.0%	88.5%
	No	90.0%	3.1%	0.0%	11.5%
Relación Total		11.5%	36.8%	51.7%	100.0%

Elaborado por: Carmita Oyasa

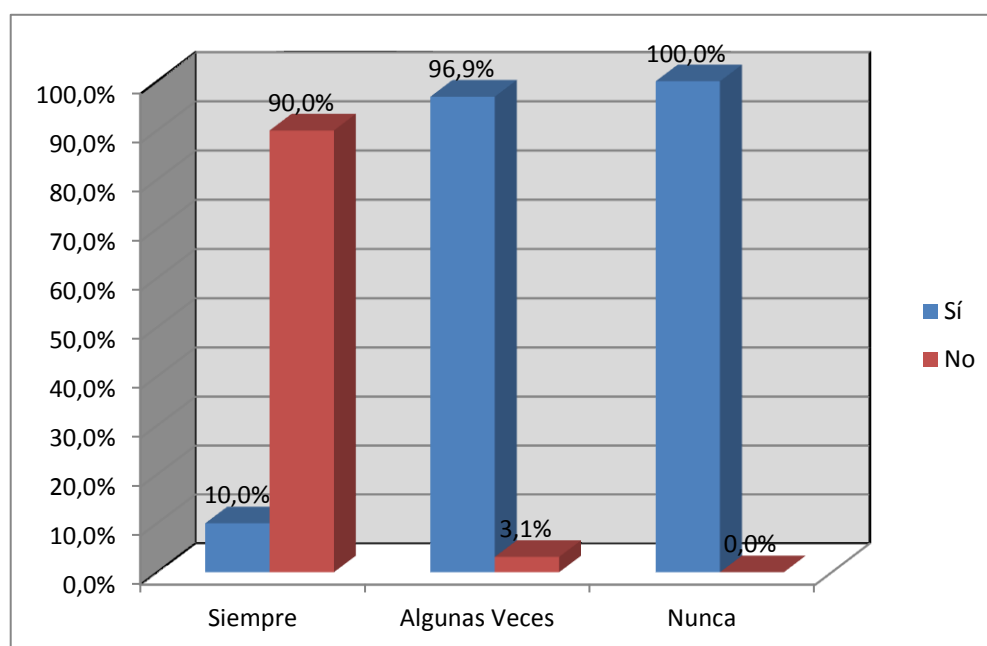


Gráfico N° 32. Relación: Detección tardía del cáncer de mama y cumplimiento anual de la revisión médica de sus mamas

Fuente: Cuadro N° 33

Análisis e interpretación

Entre las pacientes atendidas por cáncer de mama, en el Hospital “Julio Enrique Paredes”, se pudo determinar los siguientes resultados, cuando se investigó la relación entre la detección tardía del cáncer de mama y el cumplimiento anual de la revisión médica de sus mamas:

- El 11.5% de las pacientes encuestadas respondió que siempre ha cumplido con la revisión médica anual de sus mamas. De este grupo, un 10% respondió que la detección de su padecimiento si fue tardía y un 90% que está detección no fue tardía.
- El 36.8% de las pacientes encuestadas respondió que algunas veces ha cumplido con la revisión médica anual de sus mamas. De este grupo, un 96.9% respondió que la detección de su padecimiento si fue tardía y un 3.1% que está detección no fue tardía.
- El 51.7% de las pacientes encuestadas respondió que nunca ha cumplido con la revisión médica anual de sus mamas. De este grupo, un 100%, respondió que la detección de su padecimiento si fue tardía.

De acuerdo con la (OMS, 2014), “...*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. El cribado mediante mamografía es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo.*”

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El mayor número de casos de cáncer de mama se registraron en el año 2013, el grupo de edad con un mayor reparto del padecimiento es de 45 a 64 años, el mayor porcentaje de pacientes se encuentran en la zona urbana y el grupo étnico con mayor prevalencia de la enfermedad es el mestizo.
- La mayor parte de la población no ha recibido ningún tipo de información acerca del cáncer de mama y la importancia de las medidas de prevención.
- Las principales causas que motivaron a que las pacientes no se realicen el autoexamen de mama, ni la mamografía, fueron: la inseguridad, el desconocimiento y los mitos, las que fueron influyeron de manera significativa en el diagnóstico del cáncer de mama. El miedo al resultado es la motivación principal para la no realización del autoexamen.
- El mayor porcentaje de la población estudiada nunca acudió a control médico de sus mamas, ni se realizó un examen de mamografía, como medida de prevención.

5.2. RECOMENDACIONES

- Reforzar el número campañas de promoción de salud en las unidades de atención primaria mediante charlas educativas que fomenten la prevención de cáncer de mama en mujeres mayores de 25 años.
- Fomentar estrategias de educación para la salud que ayuden a una adecuada nutrición, control de factores de riesgo de cáncer de mama, mediante el control médico permanente.
- Diseñar un programa de salud para la prevención del cáncer de mama que incluya la participación del sexo masculino y femenino desde edades tempranas, mediante la identificación y prevención primaria y secundaria para mujeres de alto riesgo para cáncer de mama. Este programa servirá de apoyo a la iniciativa del Ministerio de Salud: “Plan Nacional de Lucha contra el Cáncer”, que propende a la integración de todos los servicios de la Red Pública de Salud, como el caso del convenio interinstitucional, para la atención en los 6 núcleos de la Sociedad de Lucha contra el cáncer (SOLCA) a nivel nacional, de personas que padecen cáncer y que acudan a las unidades de salud del MSP, firmado en al año 2012.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

- Título: “Guía Educativa Didáctica de Prevención y Detección Oportuna de Cáncer de Mama”
- Institución Ejecutora: Universidad Técnica de Ambato
- Beneficiarios: Pacientes con Cáncer de Mama
- Provincia: Tungurahua
- Cantón: Ambato
- Tiempo estimado: 6 meses
- Responsable: Carmita Oyasa

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En el Hospital Julio Enrique Paredes SOLCA – Ambato en las pacientes quienes se investigaron se encontraron los siguientes antecedentes: El cáncer de mama constituye un problema de salud pública demostrado por un aumento de su incidencia en la población, se registró un mayor número de casos de cáncer de mama en el año 2013.

Grupos de edad de 45 a 64 años fue el más afectado, el mayor porcentaje es de la zona urbana, su grupo étnico es el mestizo.

La mayor parte de la población no ha recibido ningún tipo de información acerca del cáncer de mama y la importancia de las medidas de prevención. Las causas que motivan a que no se realicen el autoexamen de mama ni la mamografía son la inseguridad, y el desconocimiento, los mitos que influyen de manera significativa en la percepción del cáncer de mama es el miedo al resultado. La mayor parte de la población fue detectada el cáncer de mama en una etapa tardía

6.3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es uno de los tumores malignos más frecuentes, los avances tecnológicos en la rama de la oncología han hecho que el diagnóstico precoz de esta enfermedad se convierta en un factor clave para la curación y la supervivencia de las pacientes. Las mujeres contamos actualmente con dos herramientas básicas de detección precoz:

- Los programas de cribado poblacional (mamografías y ecografías de mama), que constituyen -sin lugar a duda- la cita más importante en nuestra agenda de compromisos anuales.
- La autoexploración, como rutina imprescindible para detectar cualquier señal de alarma desde su inicio, complementaria a los programas de cribado, pero en ningún caso sustitutivo de ellos.

Esta guía tiene como objetivo fundamental poner en sus manos quiere ayudarle a realizar una autoexploración de mama, explicándole cuándo y cómo hacerla, cuáles son las señales de alarma que deben llevarle a la consulta de su ginecólogo, adicionalmente establecemos un capítulo de mitos y realidades sobre la forma de adquisición del cáncer de mama de la población femenina, la información necesaria sobre el cáncer de mama; además de ayudarle en la detección precoz con la correcta exploración de mama, explicándole acerca de la importancia de explorarse periódicamente las mamas y de la técnica correcta cómo debe hacerlo.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo General

Diseñar una guía educativa didáctica de prevención y detección oportuna de cáncer de mama: “*Educación para cáncer de mama*”, para disminuir la incidencia de esta enfermedad en la población.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Fortalecer los conocimientos del paciente, familiares y personal de salud sobre el cáncer de mama como problema de salud pública.
- Fomentar la prevención y promoción de la salud a todos los usuarios que acuden a SOLCA.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

6.5.1. Factibilidad Operativa

La propuesta planteada en el presente trabajo de investigación demuestra todo un estudio de factibilidad, en virtud de que el cáncer de MAMA es un problema de salud y que requiera la atención de todos para poder disminuir su incidencia.

Está determinada por la disponibilidad de todos los recursos necesarios para llevar adelante un proyecto, en el caso de esta investigación se cuenta con el recursos humano para realizar la investigación, así como con el apoyo del personal de salud para el desarrollo de este trabajo.

Así también, se cuenta con la disponibilidad de los recursos materiales necesarios para el éxito del proyecto.

6.5.2. Factibilidad Técnica

Se relaciona con la disponibilidad de las herramientas, los conocimientos, las habilidades y la experiencia del equipo de trabajo, para hacer que nuestro proyecto sea exitoso, esta investigación cuenta con el apoyo del Director de Tesis quien cuenta con el conocimiento y experiencia suficiente para el desarrollo de este trabajo.

6.5.3. Factibilidad Económica

Surge de analizar si los recursos económicos y financieros necesarios para desarrollar las actividades pueden ser cubiertos con el capital que se dispone. En esta investigación el capital es propio del investigador.

6.6. FUNDAMENTACIÓN

No existe una manera segura de prevenir el cáncer de seno, pero existen algunas cosas que todas las mujeres pueden hacer que podrían reducir el riesgo, o en caso de que el cáncer suceda, podrían favorecer las probabilidades de detectar la enfermedad en sus etapas iniciales cuando es más tratable.

6.6.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que no se pueden cambiar abarcan (Chen, 2012):

- **Edad y sexo:** El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que usted envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años. Los hombres también pueden padecer cáncer de mama, pero tienen 100 veces menos probabilidades que las mujeres de sufrir este tipo de cáncer.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** Usted también tiene un riesgo más alto de padecer cáncer de mama si tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer, al igual que cáncer uterino, ovárico o de colon.
- **Genes:** Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que lo protegen a usted del cáncer. Si uno de los padres le transmite un gen defectuoso, tendrá un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida.
- **Ciclo menstrual:** Las mujeres que iniciaron tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegaron a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama.

Otros factores de riesgo abarcan (American Cancer Society , 2013):

- Consumo de alcohol: El consumo de más de 1 o 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer de mama.
- Parto: Las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron recién después de los 30 años tienen un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Quedar en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer.
- DES: Las mujeres que tomaron Dietilestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama después de los 40 años. Esta droga se le suministraba a las mujeres entre los años 1940 y 1960.
- Hormonoterapia: Usted tiene mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido hormonoterapia con estrógenos durante algunos años o más.
- Obesidad: Ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo no se ha comprendido por completo. Los expertos piensan que las mujeres obesas producen más estrógenos, lo cual puede estimular la aparición de este cáncer.
- Radiación: Si recibió radioterapia cuando era niño o adulto joven para tratar un cáncer del área del tórax, tiene un riesgo muy alto de padecer cáncer de mama. Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación y más alta la dosis, mayor será el riesgo. Esto es especialmente cierto si la radioterapia se administró durante el desarrollo de las mamas.

6.6.2. Prevención

El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo (OMS, 2014).

Detección precoz

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de

mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (Yip, y otros, 2007)

Hay dos métodos de detección precoz (Yip, y otros, 2007):

- el diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y
- el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.

Diagnóstico precoz

El diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección precoz, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Algunos datos sugieren que esta estrategia puede dar lugar a un "descenso del estadio TNM" (aumento de la proporción de cánceres de mama detectados en una fase temprana) de la enfermedad, que la haría más vulnerable al tratamiento curativo (Yip, y otros, 2007)

Mamografías de cribado

La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (IARC, 2008). El tamizaje basado en esta técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos, y no se ha hecho ninguna investigación sobre su eficacia en los entornos con recursos escasos (American Cancer Society , 2013).

Autoexploración mamaria

No hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado (American Cancer Society, 2012).

6.7. MODELO OPERATIVO

Cuadro N° 34. Modelo operativo

Fases	Objetivo	Actividades	Recursos	Responsables	Tiempo
¿Qué?	¿Para qué?	¿Cómo?	¿Con qué?	¿Quién?	¿Cuándo?
Identificación	Identificar los componentes de la Guía Educativa	Reunión de los involucrados para identificar los componentes	Propuestas Informe	Carmita Oyasa	Abril
Descripción	Describir las actividades y puntos de interés de la Guía Educativa	Identificación de las actividades y puntos de interés para el personal de salud y el paciente	Lista de actividades	Carmita Oyasa	Mayo
Desarrollo	Desarrollar la Guía Educativa	Integrar todos los componentes de la Guía Educativa	Borrador de la Guía	Carmita Oyasa	Junio
Socialización	Socializar la Guía Educativa con todos los involucrados	Talleres para socializar la guía	Guía Educativa	Carmita Oyasa	Julio

Elaborado por: Carmita Oyasa

6.8. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA

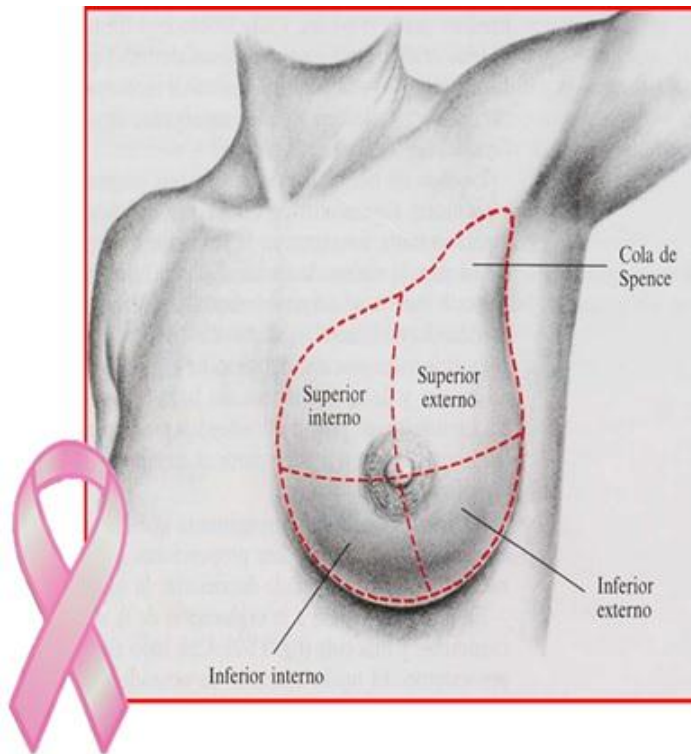
“GUÍA EDUCATIVA DIDÁCTICA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA: EDUCACIÓN PARA CÁNCER DE MAMA”



Las imágenes son una recopilación de la Iniciativa de la equidad de la Universidad de Harvard – Asesoría de la OPS y OMS contra el cáncer de mama

Carmita Oyasa

Anatomía y Factores de Riesgo

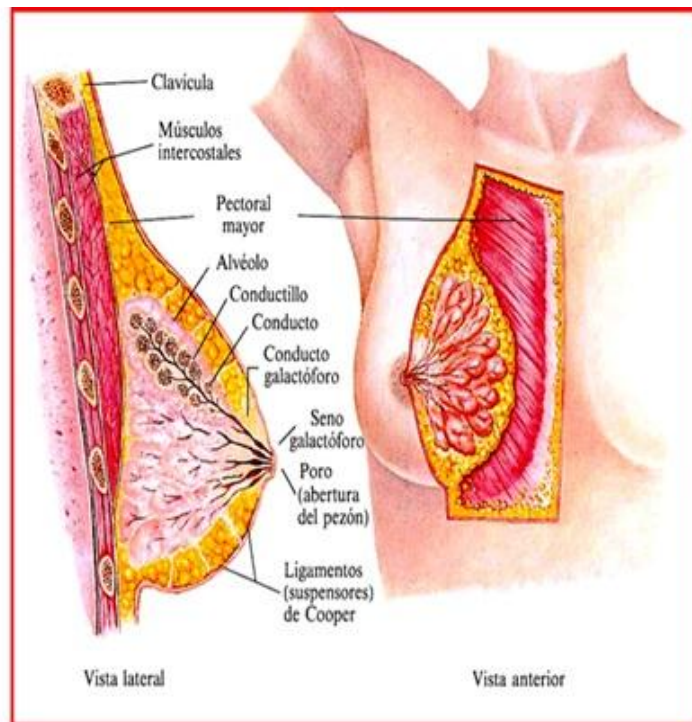


Para su estudio se divide en cuatro cuadrantes, como se muestra en la imagen.

La mayoría de los tumores de cáncer de mama se encuentran en el cuadrante superior externo, pero se pueden presentar en cualquier cuadrante.

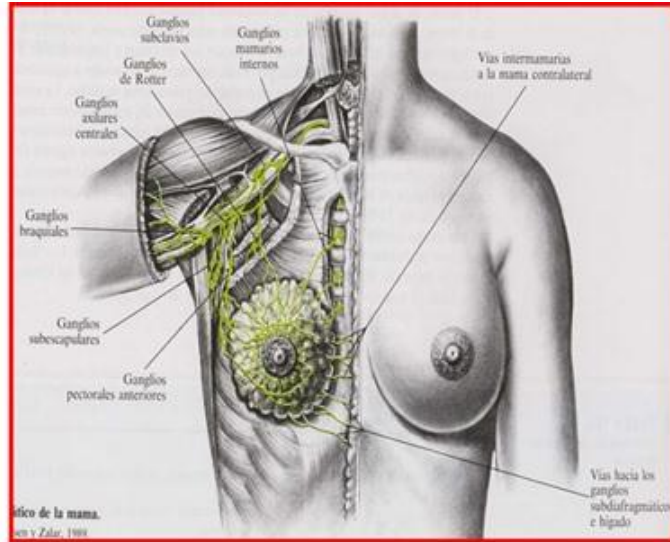
La glándula mamaria incluye los alvéolos y los conductos galactóforos.

Su volumen, en la mujer no lactante, está dado principalmente por la cantidad y distribución de tejido graso o adiposo (en la imagen se muestra en amarillo)



Como en el resto del organismo, el tejido linfático se encarga de la eliminación de algunas toxinas y desechos.

La importancia de el tejido linfático no radica en la eliminación de toxinas, sino en la vía de diseminación (metástasis) que este tejido linfático representa, cuando existe cáncer de mama.



Factores de Riesgo

* Absolutos:

- * 1) **Genero:** Mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Los hombres representan solamente el 1% de todos los casos de cáncer de mama.
- * Solo por ser mujer tienes mayor riesgo, pero también mayor información, apoyo y recursos.



* 2) La Edad en mujeres:

- * A los 30 años – 1 de cada 2,000 mujeres
- * A los 40 años – 1 de cada 233 mujeres
- * A los 50 años – 1 de cada 53 mujeres
- * A los 60 años – 1 de cada 22 mujeres
- * A los 70 años – 1 de cada 13 mujeres
- * A los 80 años – 1 de cada 9 mujeres
- * A lo largo de la vida – 1 de cada 8 mujeres



* **POR ESO ES IMPORTANTE LA MASTOGRAFÍA A PARTIR DE LA EDAD RECOMENDADA POR LA AGENCIA GUBERNAMENTAL DE SALUD DE TU PAÍS.**

- * 3) **Genéticos:** tener los genes identificados directamente relacionados a cáncer de mama
- * BRCA1 y BRCA2



Factores de Riesgo que afectan a algunas mujeres

- * **Factores hormonales que aumentan el riesgo:**
 - * Inicio de la menstruación antes de los 11 años de edad.
 - * Llegada de la Menopausia después de los 50 años de edad.
- * **Terapia Hormonal**
 - * En mujeres postmenopáusicas, aumenta el riesgo si se emplean píldoras hormonales Combinadas, más que con Estrógenos solos, si la terapia se emplea por más de 2 años.
 - * El uso de anticonceptivos orales en mayores de 35 años que nunca han tenido hijos.



- * **Factores no hormonales:**
 - * Madre o hermanas con Cáncer de mama, especialmente si este apareció antes de los 50 años.



- * **Consumo diario de alcohol**
 - * En total aumenta 7% por copa por día
 - * Mayor riesgo en mujeres que consumen más de 4 copas por día.



- * **Obesidad en mayores de 50 años, en toda mujer con índice de masa corporal de 30 o más.**

Índice de Masa Corporal

IMC = $\text{Peso en Kg} / \text{Talla}^2 \text{ en metros}$

Ejemplo

$73 \text{ Kg} / (1.55\text{m})^2 = 30.38 \text{ Kg/m}^2$



- * **El riesgo se incrementa en mujeres que pesen más de 82.2 Kg.**



- * **Factores hormonales que disminuyen (no evitan) el riesgo**

- * **Embarazo antes de los 30 años**

- * **Lactancia**



Detección Oportuna

- * Identificar los factores de riesgo

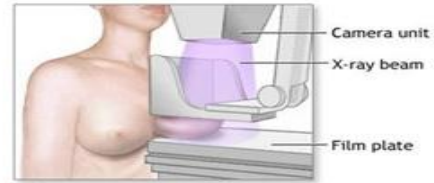
- * Autoexploración

- * Ultrasonido mamario



* Mastografía

- * Seguimiento médico a través de los años



In mammography, each breast is compressed horizontally, then obliquely and an x-ray is taken of each position

ADAM

Mitos y Realidades

FALSO: El uso de desodorantes causa cáncer de mama.

VERDAD: Ningún estudio ha demostrado esta conexión.



- * **FALSO:** Si ningún familiar ha presentado cáncer de mama, no tengo de que preocuparme.

- * **VERDAD** – El cáncer de mama también se presenta en mujeres sin historia familiar de cáncer de mama. Por eso, la autoexploración, modificar los factores de riesgo modificables, (como la obesidad y el consumo de alcohol) y las visitas al médico, son tu mejor herramienta.



* **FALSO:** Si tengo las mamas pequeñas, no tengo riesgo de cáncer de mama.

* **VERDAD** – El tamaño de las mamas no esta relacionado al cáncer de mama, ya que el cáncer no se genera en las células de tejido graso, que es el principal responsable del tamaño.



* **FALSO:** Tengo una «bolita» que me duele cuando la toco, no tengo que ir al médico, porque los tumores de cáncer de mama supuestamente no duelen.

* **VERDAD** – Si bien es cierto que la mayoría de los bultos o «bolitas» son benignos, lo mejor es acudir al médico. La detección oportuna es esencial. El médico no se basa en un solo dato para hacer el diagnóstico. Se requiere de una revisión, historia clínica y estudios completos para determinar si es cáncer o es algo benigno.



* **FALSO:** Usar sostén con varillas causa cáncer de mama.

* **VERDAD** – Ningún estudio ha demostrado que los sostenes apretados o con varillas causen cáncer de mama. Lo indicado es utilizar un sostén que se ajuste al tamaño y la forma de tus mamas. No importa que tenga varillas, lo importante es que te quede bien y que te sea cómodo.



- * **FALSO:** La autoexploración no previene el cáncer de mama y solo causa preocupación innecesaria.
- * **VERDAD** – La autoexploración no está diseñada para prevenir el cáncer de mama. Hasta el momento, no hay forma de prevenirlo, solamente podemos disminuir algunos factores de riesgo.
- * La autoexploración es solamente una de las herramientas con las que contamos para la detección oportuna. Detectar el cáncer de mama a tiempo, está comprobado que mejora el pronóstico y la sobrevida.



Autoexploración

Frente al espejo con los brazos sobre la cabeza:



- * La tensión a los ligamentos suspensores acentúa cualquier depresión.
- * Se buscan: Cambios de contorno y simetría.
- * Las mamas deben presentar aspecto y tamaño similar, contorno liso sin bultos ni depresiones.

Frente al espejo con los brazos sobre la cabeza:



- * Se debe dar una vuelta completa alrededor, con el objeto de visualizar todos los perfiles de las mamas

De pie, con las manos sobre la cadera:



- * La contracción de músculos pectorales puede hacer manifiestas anomalías de contorno y simetría

Sentada, inclinándose hacia adelante con los brazos estirados:



- * Tensa los ligamentos suspensores.
- * Las mamas penden libremente: se pueden apreciar deformaciones, hundimientos y asimetrías

Palpación

- * Debes explorar con las yemas de los dedos índice, medio y anular.
- * La idea es cubrir toda la mama y la región axilar.



Puedes elegir una de las 3 formas que se muestran en la imagen.
El propósito es cubrir toda la mama, de forma sistematizada para detectar cambios sutiles.



Debes realizar la exploración en las 3 posiciones: de pie, acostada sobre la espalda y sobre un lado.



Lumps / Thickening



Dimpling / Puckering



Nipple Change



Leaking



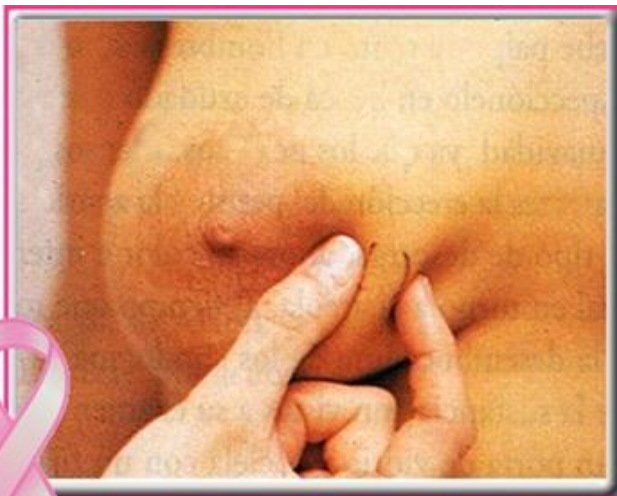
Redness



Skin Changes



Debes buscar masas palpables o visibles, hundimientos, cambios en el pezón o la areola, descargas por el pezón, enrojecimiento o cualquier cambio en la coloración o la textura de la piel.



Si delimitas alguna masa, debes acudir al medico para estudio y seguimiento.



Aviso

!No todas las masas son cáncer!

- * Los quistes y los fibroadenomas benignos son más comunes en mujeres entre los 30 y 40 años de edad. Sin embargo, algunos de estos pueden ser de alto riesgo.
- * No tengas miedo. Acude al médico.
- * En mujeres menores de 40 años el estudio inicial generalmente es un ultrasonido mamario, pero no sustituye a la mastografía cuando es necesaria.
- * En mujeres a partir de los 40 años se indica la mastografía
- * En ambos casos se puede realizar además una biopsia por aspiración con aguja fina



6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Cuadro N° 35. Evaluación

Preguntas Básicas	Explicación
¿Quiénes solicitan evaluar?	Autoridades
¿Por qué evaluar la propuesta?	Para establecer si se ha logrado éxito en los contenidos de la propuesta
¿Para qué evaluar?	Para establecer el cumplimiento de los objetivos,
¿Qué evaluar?	Se evaluará las actividades del modelo operativo: <ul style="list-style-type: none"> • Componentes y contenidos • Planificación y ejecución definitiva de la propuesta • Utilidad práctica • Procedimientos de los 10 talleres de capacitación
¿Quién evalúa?	Autoridades de la institución
¿Cuándo evaluar?	La evaluación será permanentemente, y en cada taller programado
¿Cómo evaluar?	Mediante una investigación sobre la ejecución del proyecto con: <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas • Entrevistas • Grupos focales
¿Con qué evaluar?	Con los instrumentos para la investigación: <ul style="list-style-type: none"> • Guía de encuesta • Guía de entrevista • Fichas • Grabadoras y cámara de video para guardar lo realizado en el proceso de ejecución que será analizado por los actores involucrados.

Elaborado por: Carmita Oyasa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

American Cancer Society. (2012). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos. Atlanta, Estados Unidos: American Cancer Society.

American Cancer Society. Global Cancer. 2nd Edition. (2011). American Cancer Statistic. Atlanta: American Cancer .

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. Alfaro: Registro Oficial.

Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez Sánchez, V., & Villarrea, P. (2011). Cáncer de Mama. (I. N. Cancerología, Ed.) Cancerología 6 (, 77 - 86.

Bandi, P., Barrera, E., Graves, K., Hargrove, T., Maitin-Shepard, M., Naishadham, D., . . . Wagner, D. (2014). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos. Atlanta, Georgia: Sociedad Americana contra el Cáncer.

Baumgartner KB, Hunt WC, Baumgartner RN. (2007). Association of body composition and weight history with breast cancer prognostic markers: divergent pattern for Hispanic and non-Hispanic White women. Am J Epidemiol. .

Bickell NA, Shastri K, Fei K. (2008). tracking and feedback registry to reduce racial disparities in breast cancer care. Journal of the National Cancer Institute.

Brandan, M. E., & Villaseñor Navarro, Y. (2006). Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México. Cancerología 1, 147 - 162.

Brophy, J., Keith, M., Watterson, A., Park, R., Gilbertson, M., Maticka-Tyndale, E., Luginaah, I. (2012). Breast cancer risk in relation to occupations with

exposure to carcinogens and endocrine disruptors: a Canadian case-control study . *Environmental Health*, 1-17.

Cárdenas, J., Bargalló, E., Erazo, A., Maafs, E., & Poitevin, A. (2013). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (Quinta revisión ed.)*. Colima: Elsevier.

Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, et al. (2005). Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *J Natl Cancer Inst* .

Collaborative Group on Hormonal. (2006). Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*.

Cortés, J. (2011). *El pronóstico del cáncer de mama, mejor en mujeres casadas*. Madrid, España: Hospital Vall d'Hebron.

Cotran, R., Robbins, S., & V, K. (1999). *Patología Estructural y Funcional (Sexta ed.)*. Mc-Graw Hill.

Díaz, S., Piñeros, M., & Sánchez, O. (2005). Detección temprana del CaMa: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*, 9(3), 93-104.

Estadísticas de cancer de los Estados Unidos. (2004). *Revista Panamericana de Salud*, 21.

Falkenberry SS, Legare RD. (2009). Risk factors for breast cancer. *Obst and Gyn Clin* .

Fejerman L, John EM, Huntsman S. (2008). Genetic ancestry and risk of breast cancer among U.S. Latinas. *Cancer Research*.

- Freedman RA, He Y, Winer EP, Keating NL. (2009). Trends in racial and age disparities in definitive local therapy of early-stage breast cancer. *Journal of clinical oncology*. American Society of Clinical Oncology.
- Giraldo Mora, C. V., & Arango Rojas, M. E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 191-200.
- Gómez Rodríguez, Á. (2008). Importancia del autoexamen de la glándula mamaria. *Revista de la Fundación BANDAN*, 69.
- Hayes, S. B. (2005). *Radiation Oncology*. Filadelfia: Centro contra el Cáncer Fox Chase de Filadelfia.
- Herrera-Gómez, A., & col. (2000). *Manual de Oncología y Procedimientos Medicoquirúrgicos*. México : Mc Graw Hill Interamericana Editopres S.A. de C.V.
- INEGI. (2014). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER*. Aguas Calientes, México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- John EM, Phipps AI, Davis A, Koo J. (2005). Migration history, acculturation, and breast cancer risk in Hispanic women. *Cancer Epidemiol . Biomarkers* .
- Key TJ, Verkasato PK, Banks E. (2001). Epidemiology of breast cancer. *The Lancet Oncology* .
- La Vecchia C. (2003). Menopause, hormone therapy and breast cancer risk. *European J Cancer Prevention*.
- Lantz PM, Mujahid M, Schwartz K. (2006). The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *Public Health*. .

- Lantz PM, Mujahid M, Schwartz K. (2006). The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *J Public Health*.
- MacMahon B, Pugh TF. (2008). *Principios y métodos de Epidemiología*. 2ª edición en español. México.: La Prensa Médica Mexicana S.A.
- Martin JA, Hamilton BE. (2009). *Statistics NCfH*, ed. Vol 57: US Dept of Health and Human Services. Sutton PD.
- Mcgraw-Hill. (2011). Programa de educación para la salud. Unidad 3, 66-70.
- Mcgraw-Hill. (2011). Programa de educación para la salud. Unidad 3, 66 - 70.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Ley Orgánica de la Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Muñoz, R. (19 de Octubre de 2012). El cáncer de mama puede evitarse. *La Hora Nacional*, pág. Sociedad.
- National Cancer Institute. Surveillance. (2007). epidemiology and end results program. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de epidemiology and end results program: Disponible en <http://www.nci.nih.gov>
- Nissan A, Spira RM. (2008). Clinical profile of breast cancer in Araba and Jewish women in the Jerusalem area. . *The Am J Surg* .
- Ooi SL, Martinez ME. (2011). Disparities in breast cancer characteristics and outcomes by race/ethnicity. *Breast Cancer. Res Treat*.
- Organización Mundial de la Salud . (2014). Cribado y detección precoz del cáncer. Obtenido de *Cáncer* : <http://www.who.int/cancer/detection/es/>
- Reynolds, S. (2012). *Obesidad e Investigación del Cáncer*. Boletín del Instituto Nacional de Cáncer, 2.

- Robles, S., & Galanis, E. (2002). El CaMa en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de la Salud, 12(2), 143-147.
- Rodríguez, J. (2006). Descripción de la mortalidad por departamentos. Bogotá, Colombia: Centro de Proyectos para el Desarrollo Documento de Trabajo ASS/DT.
- Smigal, C., Ahmeedin, J., Ward, E., Cokkinides, V., Smith, R., Home, H., & Thun, M. (2007). Trends in Breast Cancer by Race and Ethnicity: Update 2006. Cancer Journal for Clinicians, 168-175.
- Solca. (5 de Agosto de 2012). Una institución aliada a la lucha por la vida. La Hora Tungurahua, pág. Noticias.
- Stuver SO, Zhu J, Simchowitz B, Hassett MJ, Shulman LN, Weingart SN. (2011). Identifying women at risk of delayed breast cancer diagnosis. Qual Patient Saf.
- Torres Trujillo, Román . (2010). Tumores de mama diagnóstico y tratamiento. México: Editorial Americana Mc Graw Hill .

LINKOGRAFÍA

- American Cancer Society . (2013). Cáncer de seno: detección temprana . Obtenido de Importancia de encontrar el cáncer de seno en sus inicios: www.cancer.org
- American Cancer Society. (15 de Octubre de 2013). Riesgo del cáncer de seno. Obtenido de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/embarazo-y-cancer-de-seno>
- American Cancer Society. (31 de Enero de 2014). Conozca sus senos y autoexamen. Obtenido de

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/cancer-de-seno-deteccion-temprana-a-c-s-recs-b-s-e>

American Cancer Society. (31 de Enero de 2014). Señales y síntomas del cáncer de seno. Obtenido de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/cancer-de-seno-deteccion-temprana-signs-symptoms-br-ca>

American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica). (2011). Guía de cáncer de mama. Estados Unidos : Conquer Cancer Foundation. Obtenido de www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology. (Enero de 2013). ASCO. Obtenido de Cáncer de mama: <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo>

Ceballos-García, G. Y., & Giraldo-Mora, C. V. (2011). "Autobarreras" de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. (U. d. Sabana, Ed.) Aquichan. Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1897/2473>

Chen, Y.-B. (17 de Noviembre de 2012). Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>

ClubEnsayos.COM. (25 de Enero de 2014). Paradigma crítico-propositivo. Obtenido de <http://clubensayos.com/Negocios/Paradigma-Critico-Propositivo/1402601.html>

Dirección Seccional de Salud. (26 de Mayo de 2007). Dirección Seccional de Salud. Estadísticas vitales. Obtenido de registro poblacional de cáncer en Antioquia. Boletín Informativo para la Acción - BIA Medellín: <http://www.dssa.gov.co/index.php/salud-publica/vigilancia-epidemiologica/bias/135-bias-2006>

Ecuavisa. (12 de Septiembre de 2013). Aumentan campañas de prevención contra el cáncer de mama en Ecuador. Obtenido de <http://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/actualidad/42119-aumentan-campanas-prevencion-contracancer-mama-ecuador>

Fonseca, Y. (21 de Noviembre de 2010). Raíces históricas y distintos enfoques para el estudio del estrés. Recuperado el 24 de Agosto de 2013, de El estrés psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010a/643/Raices%20historicas%20y%20distintos%20>

Instituto de adicciones de Madrid salud. (Noviembre de 2006). Programa de Educación para la Salud. Módulo I. Salud - enfermedad, 3 - 4. Obtenido de <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folleto/Folleto%20IA/Documentos%20tecnicos/mod1.pdf>

Movimiento Ayuda de Cáncer de mama (MACMA) Argentina . (2014). Detección Temprana del Cáncer de Mama . Obtenido de <http://www.macma.org.ar/informacion/item/56-deteccion-temprana-del-cancer-de-mama>

OMS. (9 de Julio de 2013). Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama. Obtenido de http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/

OMS. (1 de Febrero de 2014). Centro de Prensa. Obtenido de Nota descriptiva N° 297: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

OMS. (1 de Enero de 2014). Globalcan. Obtenido de Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Organización Mundial de la Salud. (2006). Iniciativa Mundial de Salud de Mama 2006. . Normas internacionales para la salud de mama y el control de

CaMa [Internet]. Obtenido de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.htm>

Profamilia Sede Nacional. (2014). Conozca los seis pasos para realizar correctamente el autoexamen de seno. . Obtenido de Bogotá D.C. - Colombia : http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno

Smith, M., Ziev, D., Eltz, D., Slon, S., & Wang, N. (19 de Diciembre de 2012). American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms. Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001993.htm>

Vida Saludable – Consejos de Salud . (12 de Marzo de 2014). Discrepancias de cáncer de mama. Obtenido de <http://www.davidmsc.com/discrepancias-de-cancer-de-mama.html>

W.H.O. (13 de JUNIO de 2011). World Health Organization. Obtenido de The impact of cancer in Colombia 2005: <http://apps.who.int/infobase/CountryProfiles.aspx>

Wikilibros. (26 de Octubre de 2013). Tablas estadísticas/Distribución chi-cuadrado. Obtenido de http://es.wikibooks.org/wiki/Tablas_estad%C3%ADsticas/Distribuci%C3%B3n_chi-cuadrado

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DATOS UTA

EBSCOHOST: Sánchez, C., Petric, G., Militza, D. (2014). Características clínico-patológicas y sobrevida de pacientes con cáncer de mama bilateral sincrónico. (Spanish). Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbm9ZX Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=97230628>

EBSCOHOST: Baré, M., Galcerán, J., Ascunce, N., Zubizarreta, R. (2012). Efecto de resultados falsos positivos en reattendance en los programas de cribado de cáncer de mama en España . Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbm9ZX Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=76281377>

EBSCOHOST: Tonani, M., Carvalho, E. (2008). CANCER RISK AND PREVENTIVE BEHAVIOR: PERSUASION AS AN INTERVENTION STRATEGY. 2 ecdcava@usp.br Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbm9ZX Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=76281377>

EBRARY: Lachaise Cala, S., Benavides Lachaise, S. (2009) Aspectos bioéticos en el diagnóstico precoz del cáncer de mama Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10306911&p00=cancer%20mama>

EBRARY: Sandín, B., Chorot, P. (2012). Screening del cáncer de mama: afectación psicológica Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10623879&p00=cancer%20mama>