

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“CÁNCER MAMARIO: FACTORES DE RIESGO, CONOCIMIENTOS Y
AUTOEXAMEN DE MAMAS. CONSULTORIO MÉDICO # 22. MAYO 2015-
MAYO 2016”**

AUTOR:

DRA. MARITZA VERÓNICA SANTANA MOREIRA

DIRECTOR:

DRA. SANNY ARANDA CANOSA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el/la Dr.(a) Maritza Verónica Santana Moreira*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero de 2017

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Sanny Aranda Canosa

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landivar



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Dra. Maritza Verónica Santana Moreira

DECLARO QUE:

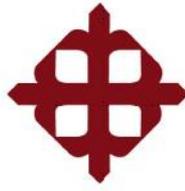
El Trabajo de investigación “Cáncer mamario: factores de riesgo, conocimientos y autoexamen de mamas”, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero de 2017

EL AUTOR:

Dra. Maritza Verónica Santana Moreira



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Dra. Maritza Verónica Santana Moreira

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Cáncer mamario: factores de riesgo, conocimientos y autoexamen de mamas”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero de 2017

EL AUTOR:

Dra. Maritza Verónica Santana Moreira

1 Agradecimiento

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera de especialidad, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Carlos y Noemi por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. A Luis por haberme apoyado cuidando de nuestros hijos mientras me formaba como profesional esta especialidad. A mis hijos Justin, Lyay Lucho por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.

A mi amiga Eugenia, por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amistad incondicional.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis tutores: Dr. Yubel Batista, Dra Sanny Aranda y Dra Isis Yera. Por haber compartido conmigo sus conocimientos, su amistad y así crecer profesionalmente y aprender cosas nuevas.

2 Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación primeramente a Dios, que fue el que me permitió culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida, etapa en la cual pude entender y valorar cada una de las bendiciones con las cuales él me rodea.

Gracias a Dios por mis maravillosos hijos, esos hijos que más que el motor de mi vida fueron parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como trabajo de investigación, gracias a ellos por cada palabra de apoyo, gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de este estudio, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios.

A mis hijos dedico este trabajo de investigación, a ellos dedico todas las bendiciones que de parte de Dios vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, esfuerzo y fe en la causa misma.

3 Resumen

Antecedentes: El cáncer de mama es la primera causa de muerte a nivel mundial. Ecuador presenta una de las tasa más altas de esta enfermedad en América Latina. Existen factores de riesgos modificables y no modificables relacionados con este problema de salud. El auto examen y el examen de mama, de conjunto con otros métodos diagnósticos, permiten la detección temprana del cáncer mamario. El gobierno de Ecuador en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 declara dentro de sus objetivos mejorar la calidad de vida de la población y establece como meta la reducción de la muerte por causas oncológicas a través de la detección oportuna. **Materiales y Método:** Estudio observacional descriptivo transversal, el universo constituido por 96 mujeres, con criterios de inclusión y de exclusión. Para recolectar la información se utilizó encuesta, cuestionario y guía de observación. **Resultados:** Prevalció el grupo etario entre 30 a 44 años, con un predominio de la escolaridad del nivel primario, la mayoría identificó el uso de anticonceptivos como el factor de riesgo principal; siendo los antecedentes familiares el mayor riesgo. Un grupo considerable de mujeres no se realizan el autoexamen de mama y otras lo hacen de forma incorrecta. **Conclusiones:** El estudio indica que las mujeres participantes constituyen un grupo vulnerable por la edad, el nivel educacional y el desconocimiento sobre factores de riesgo, así como la forma incorrecta de realizarse el autoexamen de mama.

Palabras Clave: CÁNCER DE MAMA, FACTORES DE RIESGO, CONOCIMIENTO Y AUTOEXAMEN DE MAMA.

4 Abstract

Background: Breast cancer is the leading cause of death worldwide. Ecuador has one of the highest rates of this disease in Latin America. There are modifiable and non-modifiable risk factors related to this health problem. Self-examination and breast examination, together with other diagnostic methods, allow the early detection of breast cancer. The Government of Ecuador in the National Plan for Good Living 2013-2017 declares within its objectives to improve the quality of life of the population and establishes as a goal the reduction of death due to oncological causes through timely detection. **Materials and Methods:** Descriptive cross-sectional observational study, the universe constituted by 96 women, with inclusion and exclusion criteria. To collect the information, a survey, questionnaire and observation guide were used. **Results:** The age group prevailed between 30 and 44 years, with a predominance of primary level schooling; most identified contraceptive use as the main risk factor; Being the family history the greater risk. A considerable group of women do not perform breast self-examination and others do it incorrectly. **CONCLUSIONS:** The study indicates that the female participants are a vulnerable group due to age, educational level and lack of knowledge about risk factors, as well as the incorrect way to perform breast self-examination.

Keywords: BREAST CANCER, RISK FACTORS, AWARENESS AND BREAST SELF-EXAMINATION.

5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO.....	I
2 DEDICATORIA.....	II
3 RESUMEN	III
4 ABSTRACT.....	IV
5 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	V
6 ÍNDICE DE TABLAS	VI
7 ÍNDICE DE ANEXOS	VII
8 INTRODUCCIÓN	1
9 EL PROBLEMA.....	3
9.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
9.2 FORMULACIÓN	4
10 OBJETIVOS GENERALES.....	4
10.1 GENERAL.....	4
10.2 ESPECÍFICOS.....	4
11 MARCO TEÓRICO	5
11.1 HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE MAMA	5
11.2 EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE MAMA	5
11.3 FACTORES DE RIESGO	6
11.4 GENÉTICA	7
11.5 TERAPIA HORMONAL.....	9
11.6 PREVENCIÓN	10
11.7 ALTERNATIVAS DE TAMIZAJE.....	11
11.8 MARCO LEGAL.....	14
12 MÉTODOS.....	15
12.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	15
12.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	15
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	15
12.2.3 Técnicas de análisis estadístico.....	16
12.3 VARIABLES.....	16
12.3.1 Técnicas de recopilación de la información	16
12.3.2 Operacionalización de variables.....	17
13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	19
14 DISCUSIÓN.....	25
15 CONCLUSIONES	29
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
17 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	31
18 ANEXOS.....	38

6 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de mujeres según grupos de edad. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	19
Tabla. 2 Distribución de mujeres según escolaridad. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	19
Tabla. 3 Distribución de mujeres según factores de riesgo cáncer de mama. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	20
Tabla. 4 Distribución de mujeres según los factores de riesgo. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	20
Tabla. 5 Distribución de mujeres según el conocimiento de los factores de riesgo de cáncer de mama. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	21
Tabla. 6 Distribución de mujeres según los factores de riesgo de cáncer de mama que conocen. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	22
Tabla. 7 Distribución de mujeres según la escolaridad y el conocimiento de los factores de riesgo de cáncer de mama. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	22
Tabla. 8 Distribución de mujeres según realización del autoexamen de ma. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	23
Tabla. 9 Distribución de mujeres que se realizan la inspección y palpación del autoexamen de mama. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	23
Tabla. 10 Distribución de mujeres que se realizan la palpación del autoexamen de mama de forma correcta. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	24
Tabla. 11 Distribución de mujeres que se realizan la inspección del autoexamen de mama de forma correcta. Consultorio Médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.....	24

7 ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo no. 1 Consentimiento informado.....	37
Anexo no. 2 Cuestionario.....	38
Anexo no.3 Guía de observación.....	39

8 INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama, independientemente de ser considerado un tumor prevenible, es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial, tanto en los países desarrollados, como en los denominados en vías de desarrollo (1).

Los factores de riesgos para el cáncer de mama se clasifican en dos categorías, las modificables y las no modificables. La literatura refiere como factores de riesgo modificables la dieta, el estado nutricional, paridad, los tratamientos farmacológicos, los hábitos tóxicos, períodos de lactancia materna, entre otros (1,2,3). Dentro de los llamados factores de riesgo no modificables se encuentran la edad, raza, la menarquia precoz, la menopausia tardía, algunas enfermedades crónicas, antecedentes patológicos familiares de cáncer, antecedentes genéticos (3).

El auto examen y el examen de mama, de conjunto con otros métodos diagnósticos, permiten la detección temprana de esta localización del cáncer. La accesibilidad, el costo de estos métodos varía desde aquellos condicionados en gran medida por el conocimiento de su importancia y forma de realización por parte de la mujer, hasta aquellos que demandan modernas tecnologías e inversión del sistema de salud o del individuo. En todo los casos el conocimiento que tenga la mujer sobre la enfermedad, tanto de los factores de riesgo para padecerla, como de los métodos diagnósticos, la sintomatología, la evolución y su pronóstico, son elementos que favorecen el manejo de la enfermedad desde todos los niveles de prevención.

El gobierno de Ecuador en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 declara dentro de sus objetivos, mejorar la calidad de vida de la población y establece como meta la reducción de la muerte por causas oncológicas a través de la detección oportuna (4).

El Ministerio Salud Pública de Ecuador (MSP), en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) a través de los equipos de salud desde el nivel primario y con la participación de los actores sociales trabaja para cumplir estas políticas gubernamentales y ministeriales. El escenario en el cual se desarrolla la Medicina Familiar y Comunitaria resulta propicia para la atención integral, integrada y continúa de la salud de los individuos, la familia y la comunidad.

Desde el año 2014, en el Centro de Salud Pascuales se desarrolla la docencia en servicios del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, el cual ha permitido identificar los principales problemas de salud de la población a través del Análisis Situación Integral de Salud (ASIS). Las condiciones de vida, los motivos de consulta más frecuentes y otros aspectos identificados en la labor de estos profesionales motivaron la realización de la presente investigación, la cual tiene como objetivo de evaluar el conocimiento que

tienen las mujeres adultas sobre factores de riesgo del cáncer de mama y la técnica de autoexamen de mama.

Los resultados obtenidos permitieron en el orden investigativo mostrar el nivel de conocimiento de la población femenina del consultorio #22 sobre el cáncer de mama y las principales dificultades que tienen las mujeres para la auto-realización del examen de mama, que van desde el propio nivel educacional hasta el conocimiento específico de los factores de riesgo, lo cual permitirá trazar estrategias y políticas educacionales para la intervención con un enfoque de promoción de salud y prevención de este problema de salud enfocadas en los principales factores de riesgo identificados, en los cuales no exista el conocimiento de su manejo por parte de la población.

Todo esto permite que la labor este direccionada al individuo, la familia y la comunidad, aportando resultados de investigación que permitirán a mediano y largo plazo elevar el nivel del conocimiento de la población femenina relacionado con los factores de riesgo de cáncer de mama y de esta forma mejorar el estado de salud, elevando la salud femenina, al prevenir el cáncer de mama y sus complicaciones.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

El bajo nivel educacional, los ingresos económicos desfavorables, el escaso conocimiento sobre los factores de riesgo, la realización del examen y autoexamen de mama, se relacionan con las condiciones y estilos de vida identificados de la población del consultorio #22 del Centro de Salud Pascuales, pueden favorecer la aparición o tardío diagnóstico del cáncer de mama, considerando oportuna la evaluación del nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de mama.

9.2 9.2 Formulación

¿Qué conocimiento poseen las mujeres adultas del consultorio médico # 22 sobre los factores de riesgo de cáncer de mama?

¿Cuál sería el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de mama en la población estudiada?

¿Con que frecuencia y calidad se realizan el autoexamen de mama las mujeres adultas?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 10.1 General

Determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer mamario y el autoexamen de mama en las mujeres adultas del consultorio #22 del Centro de Salud Pascuales en el período 2015 a 2016.

10.2 10.2 Específicos

- Describir la presencia de los factores de riesgo de cáncer de mama de las mujeres adultas.
- Determinar el conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama de las mujeres adultas.
- Identificar la frecuencia y calidad de la realización del autoexamen de mama de las mujeres que forman parte de la investigación.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Historia natural del cáncer de mama

La historia natural del cáncer de mama es suficientemente conocida aunque muchas veces sea difícil demostrar su evolución en una misma paciente. Ante un estímulo determinado algunas células aparentemente normales inician una división progresiva incrementándose en número y actividad nuclear. Es la fase de hiperplasia; cuando estas células tienen características potenciales para formar un cáncer se denominan células de hiperplasia atípica. Si la hiperplasia sigue evolucionando aparece un cáncer que será inicialmente in situ, es decir que se mantendrá dentro de los límites anatómicos de la estructura normal de la mama (5).

La progresión del carcinoma in situ es hacia la infiltración de los tejidos vecinos en el seno de la mama y posteriormente la invasión de tejidos alejados a ella, lo que se denomina metástasis. Esta invasión alejada se realiza a través de los conductos linfáticos apareciendo primero la alteración de los ganglios linfáticos regionales y posteriormente la invasión de tejidos alejados como pulmones, hígado, huesos, encéfalo, entre otros (5)

A medida que el cáncer va aumentando de tamaño van apareciendo más signos de su presencia. En un principio, cuando las células se encuentran en fase de hiperplasia los signos clínicos son mínimos; a veces tan solo la precipitación desales de calcio en los tejidos circundantes dará lugar a las micro calcificaciones. Cuando el número y actividad de las células tumorales se incrementa también aumentan estas microcalcificaciones y pueden aparecer pequeñas tumoraciones. Más adelante si el tumor se hace invasor aparecerán tumoraciones irregulares, parcialmente adheridas a los tejidos, más o menos grandes y algunas veces acompañadas de ganglios axilares (5).

11.2 Epidemiología del cáncer de mama.

El cáncer de mama es un problema de salud grave en muchas regiones del mundo, y aunque puede parecer una paradoja, con una frecuencia mayor en países industrializados.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama constituye el 16% de todos los cánceres femeninos. Solamente en el año 2004, se diagnosticaron 519.000 mujeres por cáncer de mama, alcanzando altos niveles tanto en países desarrollados como en desarrollo, estimándose que un 68% de los casos ocurren en los primeros (6).

Anualmente aparecen hasta 1,15 millones de casos nuevos, siendo los países desarrollados los de mayor incidencia con la sola excepción de Japón como caso distinto y raro, donde esta enfermedad no constituye un problema de salud (7).

En Estados Unidos se estima que una de cada ocho mujeres desarrolla este tipo de cáncer en algún momento de su vida, ocupando el segundo lugar en mortalidad en mujeres estadounidenses. Hay estudios que reconocen cierta disminución a partir del año 2000 (8).

En America Latina y el Caribe, durante el año 2012, se diagnosticò esta neoplasia en mas de 408 mil mujeres estimándose que para 2030, se elevara un 46 por ciento (9).

Se estima que la incidencia del cáncer de mama se está incrementando ligeramente a nivel mundial. En España, según datos de KantarHealth, se diagnosticaron más de 26.000 casos, ocupando el segundo lugar entre todos los tipos de cáncer y supone el 12% de todos los casos de cáncer (10).

Durante el 2013 en México se registraron 12 488 casos de cáncer de mama (7), mientras que en España durante el año 2015 fueron diagnosticados 26.229 casos, siendo la edad media de detección de 62 años. Otros países donde este problema es muy frecuente, son Brasil con 22% de incidencia, Estados Unidos con 17% y Reino Unido con 16% (10). En Ecuador cada año en Quito se detectan 500 casos de cancer de mama (11), además de que se ha señalado que Quito, Loja y Cuenca presentan la mayor incidencia de cáncer de mama, particularmente Cuenca el cáncer de mamas presentaba el 12,7 % de todos los cáncer en mujeres, que en el periodo 2001.2004 ocupó el segundo lugar con una tasa de 18,7 (12).

Luego de los 35 años se inicia la involución mamaria, siendo más trascendente en el período menopáusico, en el cual es más frecuente la aparición del cáncer de mamas (13).

Hoy por hoy, los profesionales de la salud están enfocando sus esfuerzos en identificar los grupos de personas con mayores posibilidades de desarrollar algún tipo de cáncer para mejor anticipación de los mismos (13).

11.3 Factores de riesgo

Desde hace algún tiempo han sido identificadas una serie de variables asociadas con un mayor riesgo para desarrollar cáncer de mama. La tarea de identificar pacientes con cáncer en sus primeros estadios es difícil y caro, por los procedimientos diagnósticos que conlleva. Es por eso que se suelen seleccionar las personas con un alto riesgo, para realizarle los procedimientos necesarios para un diagnóstico precoz (13).

Los principales factores que influyen en el riesgo de tener dicha enfermedad son (14):

- Sexo femenino
- Edad avanzada (la mayoría de los cánceres de mama se detectan en mujeres de 50 años o más)
-

Si bien los hombres pueden padecer esta enfermedad, es poco frecuente su incidencia, así lo muestra la literatura y las estadísticas mundiales. De manera general la relación es de un caso en un hombre por 200 de mujeres (14). En el 2014 de 180 mil casos de cáncer de mama diagnosticados, 2000 fueron en el sexo masculino (15).

La edad es otro factor de riesgo, ya que al aumentar esta, el riesgo de padecer cáncer mamario se incrementa después de los 35 años. A pesar de esto puede aparecer en mujeres jóvenes e incluso se han reportado casos aislados en niñas. No obstante la incidencia está disminuyendo, posiblemente condicionado por los avances y mejoras de los medios de diagnóstico sobre todo en imagenología, esto se traduce en estudios de cohorte realizados. Pero por lo general, se considera que la edad de mayor riesgo en la mujer está entre los 45 y 65 años (16).

Otras investigaciones han demostrado tasas más altas de cáncer de mama en mujeres jóvenes, que podría estar asociados con una mayor probabilidad de mutación en el gen BRCA1. Asimismo, se ha descrito una mayor incidencia de esta problemática de salud en mujeres de grupos socioeconómicos bajos por encima las del grupo medio o alto (16).

En cuanto a la raza, la morbimortalidad en los países occidentales donde predomina la raza blanca, siempre ha sido alta. En los EE.UU. y en el Norte de Europa estos factores son cinco veces más altos que en los países de Asia y África, aunque muchos países del tercer mundo suelen realizar estudios médicos poco viables, no reflejando datos confiables (17).

Los antecedentes reproductivos son igualmente importantes para evaluar los riesgos. Cuanto más largo es el tiempo de influjo hormonal ovárico, las posibilidades de hacer un cáncer de mama son mayores; esto sucede con las mujeres que tienen una menarquia temprana y una menopausia tardía. La extracción de las glándulas mamarias (quirúrgica o por radioterapia) reduce sustancialmente en la mujer el riesgo a tener cáncer mamario, si es realizada antes de los 35 años, se estima que la reducción es del 40% sobre las mujeres que tienen su menopausia natural (17).

La condición reproductiva que mayormente se relaciona con la aparición del cáncer de mamas es la edad del primer embarazo. Las estadísticas arrojan que las mujeres que tienen su primera gestación a término alrededor de los 18 años, tienen sólo un tercio del riesgo de las mujeres que tienen su primer hijo hacia los 30 años. Mientras que las que no tienen hijos, poseen un mayor riesgo de enfermar (17).

Desde hace mucho tiempo se ha relacionado la lactancia materna como mecanismo protector para el cáncer de mama, existiendo numerosos estudios en la literatura demostrando esta afirmación. A pesar de esto, existe cierta contradicción, ya que otros autores han concluido en su trabajo que ésta no representa un factor de protección contra el cáncer de mama (17).

11.4 Genética

El tema genético es fundamental e insoslayable para quien hace un primer contacto con la paciente y por tanto realiza el interrogatorio. Pues la mayoría de los estudios muestran que las mujeres que tienen familiares en primer grado con cáncer de mama, tienen un riesgo tres veces mayor que la población en general (18).

Según la literatura, la causa más común de cáncer de mama hereditario es una mutación hereditaria en los genes BRCA1 y BRCA2, que cuando están juntas representan el 20-25 % de los cánceres de seno hereditarios y del 5-10 % de todos los cánceres de seno. El riesgo de una mujer de padecer cáncer de seno (mama) o de ovario aumenta considerablemente si hereda una mutación dañina en el gen BRCA1 o en el BRCA2. Según los cálculos más recientes, 55 a 65% de las mujeres que heredan una mutación dañina del BRCA1 y 45% de las mujeres que heredan una mutación dañina del BRCA2 padecerán cáncer para los 70 años de edad (19).

Para las mutaciones BRCA2, el riesgo es menor, alrededor de 45%. Con frecuencia, los cánceres de mama asociados con estas mutaciones afectan ambas mamas y se presentan en mujeres más jóvenes que en los cánceres que no están asociados con estas mutaciones (20).

Se estima que un 25% de los casos de cáncer de mama aparecen en mujeres jóvenes menores de 30 años debido a una mutación en un gen dominante, en comparación, por ejemplo, a un 1% de casos en mujeres mayores a 70 años (21).

Se ha estimado que si una mujer tiene un familiar en primer grado con cáncer de mama bilateral y/o en la premenopausia, tiene un riesgo incrementado en nueve veces de presentar la enfermedad, además existen estudios que expresan la tendencia a padecer la enfermedad 10 a 12 años más temprano, en mujeres con antecedentes familiares de cáncer mamario (22).

La relación entre las enfermedades benignas de la mama y el cáncer, es controversial, y parte de esta controversia es relacionada al uso del término “Enfermedad benigna de la mama”, el cual incluye una variedad de condiciones tales como (23):

- macroquistes
- microquistes
- adenosis
- cambios apócrinos
- fibrosis
- fibroadenomas
- la hiperplasia epitelial

Pero de todas estas condiciones, la mayoría de los autores creen que sólo la Hiperplasia Epitelial en su variedad atípica está relacionada al desarrollo del cáncer de mama. Esto tampoco conlleva que todas las hiperplasias atípicas se transformarán en carcinomas in situ o en carcinomas invasivos. Además, varios estudios han mostrado que es posible que otros factores también influyan en su riesgo (23,24).

Otros factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama son (24):

- Uso a largo plazo de terapia de remplazo hormonal.
- Tener antecedentes personales de cáncer de mama o de otras enfermedades no cancerosas en las mamas.
- Tener antecedentes familiares de cáncer de mama
- Haber recibido algún tipo de radioterapia en el pecho o las mamas.
- Exposición a dietilestilbestrol (DES)
- Mamas densas detectadas en una mamografía.

- Beber alcohol.
- Corto período de lactancia materna.

11.5 Terapia hormonal

Al final de los años reproductivos, y en la menopausia, los estrógenos y progesterona disminuyen por falta de producción hormonal ovárica, y el hipoestrogenismo resultante conduce a síntomas de gravedad variable. La terapia hormonal es considerada eficaz, además de aliviar los síntomas y ser la principal indicación cuando se inicia durante los primeros cinco años posteriores a la menopausia (25).

La terapia hormonal que usa estrógeno (a menudo combinada con progesterona) ha sido empleada por muchos años para ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia y para ayudar a prevenir la osteoporosis. También se le conoce como terapia hormonal postmenopáusica, terapia de restitución hormonal y terapia hormonal menopáusica (25).

Existen dos tipos principales de terapia hormonal: la terapia hormonal combinada o la terapia hormonal simple. La progesterona es necesaria ya que el estrógeno solo puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de útero. Por otro lado, a las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía se les puede recetar sólo estrógeno. Comúnmente esto se conoce como terapia de restitución de estrógenos o simplemente terapia de estrógenos (26).

La terapia hormonal combinada: el uso de terapia hormonal posmenopáusica combinada aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama. Este aumento en el riesgo se puede observar con tan poco como dos años de uso. Los estudios a gran escala han encontrado que hay un aumento en el riesgo de cáncer de mama relacionado con el uso de la terapia hormonal combinada. Se considera además que la terapia hormonal combinada también aumenta la probabilidad de que el cáncer sea detectado en una etapa más avanzada (26).

El riesgo aumentado debido a la terapia hormonal combinada parece aplicarse sólo a las usuarias actuales y recientes. El riesgo cáncer de mama en la mujer aparenta igualarse con el de la población general cinco años después de suspender el tratamiento (27).

El término bioidénticas a veces se usa para describir versiones de estrógeno y progesterona con la misma estructura química que las encontradas de forma natural en las personas. El uso de estas hormonas ha sido mercadeado como una manera segura de tratar los síntomas de la menopausia (27).

La terapia de estrógeno: el uso de sólo estrógeno después de la menopausia no parece aumentar el riesgo de cáncer de mama en forma significativa, si es que acaso lo aumenta. Sin embargo, en algunos estudios se ha descubierto que la terapia de estrógenos aumenta el riesgo de cáncer de ovario y del seno cuando se usa por mucho tiempo (por más de 10 años) (27).

Actualmente parece que existen pocas razones contundentes para usar la

terapia hormonal posmenopáusica (ya sea terapia hormonal combinada o la terapia de estrógeno) que no sea el posible alivio de los síntomas de la menopausia por un corto periodo de tiempo. Además de aumentar el riesgo de cáncer de mama, la terapia hormonal combinada parece aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, coágulos sanguíneos y apoplejía (derrame cerebral o ataque al cerebro) (24).

La decisión de usar la terapia hormonal debe tomarla la mujer y su médico después de analizar los posibles riesgos-beneficios y por lo general se estima mejor usar la menor dosis posible y por el tiempo más breve que sea efectiva para ella (27). Algunos datos indican que el tratamiento hormonal a largo plazo, más de 10 años, con estrógenos, por sintomatología de la menopausia, incrementa el riesgo de cáncer de mama en 1.5 veces en relación a las mujeres no tratadas (27).

Por otro lado, los anticonceptivos orales no tienen influencia sobre la incidencia del cáncer de mama, sólo existe alguna relación en aquellos casos en que se han tomado por más de 5 años seguidos y en mujeres menores de 25 años, en este caso el incremento del riesgo es de 1.6 veces (28).

Diversos autores admiten que el consumo de grasas saturadas, así como la obesidad podrían ser factores predisponentes para el cáncer de mama, sobre todo en mujeres postmenopáusicas (28). Existe controversia en relación con la influencia del consumo calórico total y el contenido de grasa en la comida con la aparición del cáncer de mama.

El consumo de algunos alimentos como el chocolate, el café, el té según algunos estudios puede constituirse en riesgos para la aparición del cáncer de mama. Mientras existen reportes que mencionan que el consumo excesivo de alcohol y tabaco podrían ser causa para esta enfermedad (28).

11.6 Prevención

El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de mama consiste en encontrarlo antes de que empiece a causar síntomas (como una protuberancia que se pueda palpar). 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 mama (29).

El cáncer de mama constituye un problema médico, social y económico de gran importancia ya que afectan en mayor tiempo a mujeres en edad media de la vida (entre los 50 años), puede ser curable si se hace un diagnóstico precoz, lo que significa identificar el tumor cuando recién está comenzando su desarrollo. Mientras mayor sea el tiempo de evolución del tumor y el aumento de su tamaño, se incrementará la posibilidad de que haya hecho metástasis, por lo que el tratamiento se complica y disminuyen las oportunidades de curación.

Actualmente hay tres métodos que se utilizan con más frecuencia, para la detección del cáncer de mama: el autoexamen de mama, el examen clínico de las mamas y la mamografía (29).

El pronóstico de las mujeres con cáncer de mama varía ampliamente en dependencia de múltiples factores, principalmente por el estadio en que se diagnostique mediante el examen anatomopatológico del carcinoma primario y de los ganglios linfáticos. En un pequeño grupo de mujeres, que representan menos del 10%, el diagnóstico se realiza en un carcinoma inflamatorio o con metástasis a distancia, lo que determina un empeoramiento del pronóstico (30).

11.7 Alternativas de tamizaje

La evidencia contundente en relación con la mayor supervivencia y la posibilidad de curación del cáncer de mama cuando es diagnosticado y tratado tempranamente, sumada al creciente desarrollo de tecnologías de imágenes, han promovido ampliamente distintas estrategias para su detección temprana (31).

Existen tres estrategias claramente definidas para la detección temprana en cáncer de mama (31):

- La detección temprana sin tamizaje
- El tamizaje de oportunidad
- El tamizaje organizado

La detección temprana sin tamizaje ocurre por una respuesta oportuna del personal de salud a signos clínicos detectados en un examen de rutina o a los síntomas expresados por las mujeres en el momento de consultar. Se pueden establecer programas de detección temprana sin tamizaje, basados en la educación oportuna y apropiada de la población y de los profesionales de la salud. Esta clase de proyectos requieren una menor cantidad de recursos y estarían indicados en países en los que el diagnóstico se hace mayoritariamente en estados avanzados (31).

El tamizaje de oportunidad se presenta cuando una mujer asintomática obtiene una prueba de tamizaje por fuera de un programa formal, facilitando así el diagnóstico temprano de lesiones no palpables (31)

Es posible reducir el riesgo de llegar a tener cáncer de mama al cambiar algunos de los factores de riesgo que pueden modificarse. El peso corporal, la actividad física y la alimentación tienen una relación con el cáncer de mama, por lo que existen partes en las que usted podría influir tomando acción. Tanto un peso corporal aumentado como subir de peso en la edad adulta están asociados a un riesgo mayor del cáncer de mama después de la menopausia, por lo que se debe educar a las mujeres para prevenir estas condiciones, igualmente el consumo de bebidas alcohólicas (31)

Existe consenso sobre la recomendación sobre dieta, actividad física y otras prácticas para poder reducir el riesgo de cáncer de mama, las que consisten en:

- Realizar una actividad física intencional de forma constante.
- Reducir la cantidad del peso que aumente durante toda su vida, limitando sus calorías y ejercitándose habitualmente.
- Limitar o eliminar el consumo de bebidas que contengan alcohol.

- Las mujeres que optan por amamantar a sus bebés al menos varios meses también pueden obtener un beneficio adicional al reducir el riesgo de cáncer de mama.
- Además, puede ayudar a evitar el aumento en el riesgo si no usa terapia hormonal después de la menopausia.
- Actualmente no está claro si los químicos en el ambiente que tienen propiedades parecidas al estrógeno (tal como aquellos encontrados en algunas botellas de plásticos o ciertos cosméticos y productos del cuidado personal) aumentan o no el riesgo de cáncer de mama. Si existe un riesgo aumentado, probablemente es muy pequeño. Aun así, las mujeres que estén preocupadas por este riesgo pueden optar por evitar los productos que contienen estas sustancias cuando sea posible (32).

El autoexamen y examen de las mamas, constituye un elemento de gran importancia para detectar previamente esta enfermedad y prevenir las complicaciones, incluso la muerte.

Cabe destacar, que para realizar un examen clínico mamario completo, es recomendable llevar a cabo una exploración cuidadosa de esta glándula, en la cual se incluyen la inspección y la palpación de la mama según se describe (33):

La inspección se realiza con la observación y se divide en: estática y dinámica, realizándose con la paciente sentada con el torax y brazos descubiertos bajo una adecuada iluminación.

Inspección estática se realiza con las extremidades superiores colgantes lo largo del tronco en una posición de relajación el clínico frente a la mujer observa datos referentes a la forma, volumen, simetría, bultos, hundimientos o cambios de coloración de la piel que orienten a la sospecha de una lesión mamaria. (32)

La inspección dinámica se realiza indicando a la paciente que levante los brazos con el propósito de contraer los músculos pectorales, durante este procedimiento se manifiestan signos cutáneos retractiles, que pueden ser inadvertidos durante la inspección estática (34). Además otras alteraciones se observan en la inspección dinámica; como asimetría del contorno, retracción de la piel, retracción del pezón, desviación o ambas cosas, la contracción de los pectorales tiene por objeto evaluar la movilidad de las mamas, la cual puede estar preservada, disminuida o ausente (35).

En la piel se investigan abultamiento, retracción, edema, eritema, solución de continuidad y nódulos subcutáneos. En el pezón se debe observar retracción, desviación, ulceración y eritema. Algunas mujeres tienen el pezón invertido sin enfermedad mamaria alguna. En la areola se investiga abultamiento, retracción, edema y solución de continuidad (32). Debe mencionar que las alteraciones observadas en la inspección (estática y dinámica) son sumamente valiosas, pues indican la región que debe explorarse con mayor atención durante la palpación. Una vez terminada la inspección del pezón, la palpación se hace una delicada compresión en la areola y el pezón. Cualquiera

secreción debe someterse a examen citológico, sobre todo para diagnóstico diferencial de neoplasias malignas, suponiendo que la paciente no esté embarazada ni en periodo de lactancia (32).

La palpación se realiza con la yema de los dedos en forma suave metódicamente con la búsqueda intencionada de lesiones existentes, se aprovecha la posición sentada de la paciente para iniciar la exploración de la región axilar, mediante la presión firme sobre las costillas tratando de identificar los ganglios existentes y sus características.

En cambio la palpación del hueco de la axila se lo realiza a la paciente cuando toma el antebrazo opuesto del explorador, es decir, la mano izquierda de la paciente toma la mano el antebrazo izquierdo del explorador, quien palpa la región axilar con la mano derecha, en la izquierda se realiza la misma maniobra.(32)

Palpación de las mamas se las realiza con la paciente en posición decúbito dorsal con las manos atrás de la cabeza y los brazos bien abiertos. La palpación debe efectuarse de manera delicada, partiendo de la región subareolar y avanzado hacia las regiones para esternal, infra clavicular y axilar (prolongación axilar de la mama). La palpación de la mama tiene como objetivo evaluar el volumen del tejido celular subcutáneo y su posible afección por proceso inflamatorio o neoplásico, cantidad de parénquima mamario y posibles alteraciones, elasticidad del pezón, presencia de secreción por el pezón, temperatura de la piel de la región mamaria (32).

Las fosas supraclaviculares y la axila se palpan con las puntas de los dedos, si se encuentran ganglios linfáticos se debe analizar, localización (axila, fosa supraclavicular), número de ganglios linfáticos, mayor diámetro transversal, consistencia, posible fusión o fijación de los ganglios linfáticos a estructuras vecinas. En caso de sospecha clínica de cáncer mamario, tienen importancia el mayor diámetro transversal de los ganglios linfáticos, la fusión o fijación de la mama a las estructuras vecinas, y también la presencia de los ganglios linfáticos palpables en la axila y fosas supraclaviculares contralaterales (32).

Palpación de ganglios linfáticos axilares y supraclaviculares: Se trata de una etapa indispensable en la evaluación clínica de las mamas, la paciente debe permanecer sentada frente al examinador. Con la mano extendida (la mano derecha examina el lado izquierdo de la paciente y viceversa) se efectúa palpación deslizando desde el hueco axilar y su proximidad (33).

11.8 Marco Legal.

De acuerdo al artículo 50 de la Constitución de la República del Ecuador establece que “el estado garantizará que toda persona que sufra o padezca de enfermedades catastrófica o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente; siendo el cáncer de mama una de ella” (36)

En dicho documento, en su artículo no. 362, la Constitución plantea "La

atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes", postulados que deben ir implementándose a través de políticas específicas, según la situación que se pretende atender, en el presente caso el cáncer de mama (36).

La Asamblea Nacional del Ecuador en el 2012, se ve en la necesidad de crear un proyecto de Ley para la Prevención diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, para amparar a las mujeres que padecen esta enfermedad catastrófica. Todo esto agravado por las cifras de incremento del cáncer de mama en un total de 10335 egresos hospitalarios de los cuales 8525 fueron malignos y 1810 benignos entre los años 2007 al 2009 (36).

En relación a otros tipos de cáncer malignos que afectan a la mujer, relacionados con su sistema reproductivo, el cáncer de mama es el de mayor prevalencia, y así testifican las cifras del INEC por egresos hospitalarios, en los tres años en análisis (2007, 2008 y 2009) el cáncer de mama oscila por el 60%, bastante alto si se compara con el 22% en cáncer de cuello uterino y del 17% en otros (36).

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el que analizaron las variables incluidas en el estudio en la muestra seleccionada del Consultorio médico familiar # 22.

12.2 Diseño de la investigación

Se desarrollo un estudio sobre el conocimiento de los factores de riesgo y el autoexamen para el cáncer de mama en mujeres entre 30-60 años de la Parroquia Pascuales, Barrio Paquisha, cooperativa Asad Bucaram, de las Mz 325,324, 323, 322, 340, 341, 342, 343, pertenecientes al consultorio médico #22 del Centro de Salud Pascuales en el periodo mayo 2015- mayo 2016.

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

- a) Criterios de inclusión
 1. Tener cumplido de 30 a 50 años de edad
 2. Pertenecer al Consultorio Médico de Familia #22
 3. Que previamente tenga firmado el consentimiento informado para este estudio.
- b) Criterios de exclusión
 1. Que posean alguna discapacidad de tipo intelectual que impidan a formar parte del estudio.
 2. Que previo al estudio indique las usuarias que tiene cáncer de mama.
- c) Universo de estudio

La población de estudio estuvo constituida por 97 mujeres de 30 a 60 años de edad que pertenece al consultorio médico #22 del Centro de Salud Pascuales, los cuales proceden de la parroquia Pascuales, barrio Paquisha, cooperativa Asad Bucaram, de las Mz 325, 324, 323, 322, 340, 341, 342, 343.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Previo a la recolección de la información se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente en un ambiente confidencial, explicándole en que consiste el estudio. (Anexo 1)

Para dar respuestas a los objetivos general y específicos se utilizó una entrevista estructurada a partir de un cuestionario (Anexo 2) previamente elaborado. La entrevista se realizó por la investigadora utilizando la técnica cara a cara.

La confección del cuestionario que incluye quince preguntas de respuestas múltiples y sencillas se efectuó por la investigadora. En el proceso de construcción el mismo fue sometido a la consideración de cinco expertos, los que tenía la condición de ser profesionales de cuarto nivel, especialistas en la materia. Se utilizaron los criterios de Moriyama, utilizando como punto de corte un 70 % de respuestas positivas en cada uno de los criterios.

Para dar respuesta al objetivo número 2, además se recolectó información a través del método de la observación, revisando la realización del autoexamen de mama en el consultorio médico, guardando la ética y el pudor del paciente. (Anexo 3. Guía de observación del autoexamen de mama), la misma que tuvo dos criterios: inspección y palpación que cada uno cuenta con cuatro preguntas para investigar. Además de la Declaración de Helsinki y la aprobación del comité ético de investigación de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

12.2.3 Técnicas de análisis estadístico

Para el procesamiento de la información se creó una base de datos al efecto en Microsoft Excel, el cual se exportó del paquete estadístico PSS 20.0.

12.3 Variables

12.3.1 Técnicas de recolección de la información

Variable	Tipo de técnica
Conocimiento de los factores de riesgo cáncer de mama	Entrevista
Tiempo de lactancia materna	Entrevista
Menarquia tardía	Entrevista
Menopausia temprana	Entrevista
Antecedentes de cáncer de mama en la familia con primer grado de consanguinidad	Entrevista
Antecedentes de cáncer de otra localización	Entrevista
Consumo de fármacos con progesterona	Entrevista
Consumo de fármacos con progesterona+ estrógenos	Entrevista
Tiempo de consumo de fármacos	Entrevista
Paridad	Entrevista
Edad del 1er embarazo	Entrevista
Consumo de grasas saturadas	Entrevista
Consumo de alcohol	Entrevista
Estado nutricional	Entrevista
Diabetes Mellitus	Entrevista
Frecuencia del autoexamen de mama	Entrevista
Calidad del autoexamen de mama	Observación
Edad	Entrevista
Nivel de escolaridad	Entrevista

12.3.2 Operacionalización de variables

Variable	Valor final	Indicador	Tipo de Escala
Variable de interés			
Conocimiento de los factores de riesgo cáncer de mama	Conoce No conoce	Porcentaje	Cualitativa nominal
Variables de caracterización			
Tiempo de lactancia materna	Meses	Número	Cuantitativa continua
Menarquia precoz	Sí No	Porcentaje	Cualitativa nominal
Menopausia tardía	Sí No	Porcentaje	Cualitativa nominal
Antecedentes de cáncer de mama en la familia con primer grado de consanguinidad	Si No	Porcentaje	Cualitativa nominal
Antecedentes de cáncer de otra localización	Si No	Porcentaje	Cualitativa nominal
Consumo de fármacos con progesterona	Si No	Porcentaje	Cualitativa nominal
Consumo de fármacos con progesterona+ estrógenos	Si No	Porcentaje	Cualitativa nominal
Tiempo de consumo de fármacos	Años	Porcentaje	Cuantitativa continua
Paridad	Número de partos	Porcentaje	Cuantitativa discreta
Edad del 1er embarazo	Años	Media	Cuantitativa continua
Consumo de grasas saturadas	Según frecuencia, tipo y cantidad	Porcentaje	Cualitativa nominal
Consumo de alcohol	Según frecuencia, tipo y cantidad	Porcentaje	Cualitativa nominal
Estado nutricional	Según valor de índice de masa corporal	Número	Cualitativa nominal

Diabetes Mellitus	Sí No	Porcentaje	Cualitativa nominal
Frecuencia del autoexamen de mama	Mensual Trimestral Semestral Anual Nunca	Porcentaje	Cualitativa ordinal
Calidad del autoexamen de mama	Correcto: realiza 60% de los ítems Incorrecto	Porcentaje	Cualitativa nominal
Calidad del autoexamen en la inspección de la mama	Correcto: realiza (3 y 4 ítems) Incorrecto	Porcentaje	Cualitativa nominal
Calidad del autoexamen en la palpación	Correcto: realiza (3 y 4 ítems) Incorrecto	Porcentaje	Cualitativa nominal
Edad	años	Porcentaje	Cuantitativa continua
Nivel de escolaridad	Sin escolaridad Primaria Secundaria Superior	Porcentaje	Cualitativa ordinal

13 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se incluyeron un total de 97 mujeres que formaron parte de la investigación, durante el período que se realizó el estudio, una mujer fue excluida debido a tener una discapacidad intelectual y además presentar una displasia mamaria, esto se correspondió con el 1%. Por tal motivo el universo de la investigación se quedó con 96 mujeres.

En este grupo se identificaron los factores de riesgo para el cáncer de mama presentes en cada una de las mujeres, así como el conocimiento sobre estos factores de riesgo y la técnica para la realización del autoexamen de mama. Además se evaluó la calidad en la realización del autoexamen de mamas, a través de una guía de observación.

Para dar respuestas a los objetivos se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 1. Distribución de la muestra según grupos de edad. Consultorio médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016

Edad (años)	Nº	%
30-34	20	20,8
35-39	19	19,8
40-44	13	13,5
45-49	16	16,7
50-54	14	14,6
55-60	14	14,6
Total	96	100

En la tabla 1 se analiza la edad de las mujeres participantes en el estudio, observándose que tuvo una mayor representación de los grupos etarios comprendidos entre los 30-44 años con 52 pacientes (54.2 % de la muestra), mientras que las restantes 44 (45,8 %) incluyen todas las mujeres en etapa postmenopausica, pues ha sido reconocido como el grupo de edad en el que más aparece el cáncer de mama.

Tabla 2. Distribución de mujeres según escolaridad. Consultorio médico # 22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.

Escolaridad	Nº	%
Primaria	63	65,6
Bachiller	30	31,3
Superior	3	3,1
Total	96	100

Al valorar el nivel de escolaridad de las mujeres incluidas en la muestra se observa que predominaron las que tienen nivel de Primaria con el 65,6 %, seguida de las que presentan grado de bachiller con un 31,3 % y tan solo un 3,1 % tienen nivel superior.

Tabla 3. Distribución de mujeres según factores de riesgo cáncer de mama. Consultorio médico #22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 a mayo 2016.

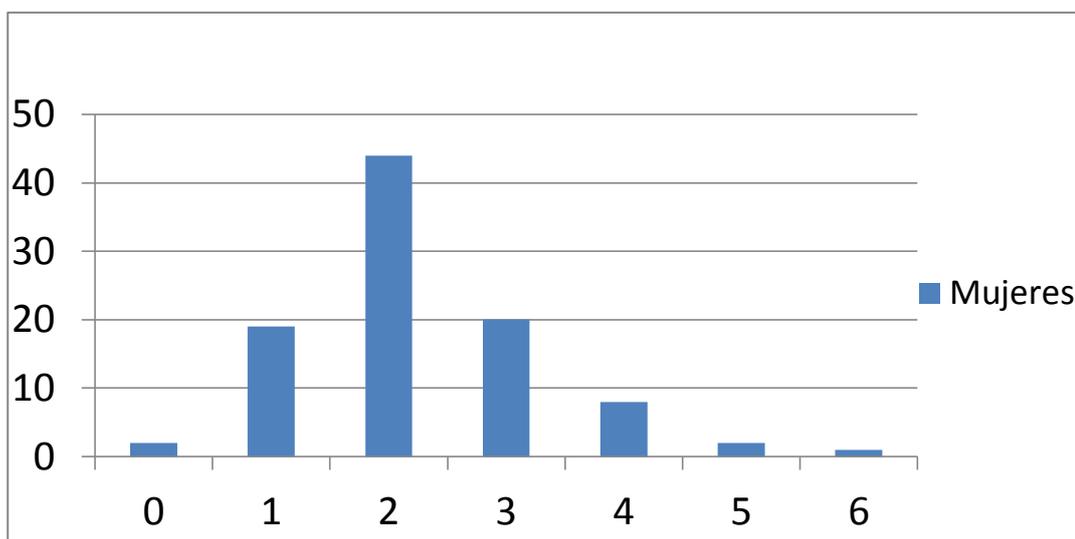
Factores de riesgo	Nº	%
Uso anticonceptivos (progestágenos y estrógenos)	60	62.5
Consumo de grasas	22	22.9
No lactancia materna	9	9.4
No paridad	9	9.4
Diabetes mellitus	9	9.4
Menarquia temprana	6	6.3
Antecedentes familiares cáncer de mama	6	6.3
Consumo de cerveza	1	1.0
Menopausia tardía	0	0.0

Al valorar la existencia de factores de riesgo del cáncer de mama en las 96 mujeres que formaron parte del estudio, se destaca que el 62.5% de las mujeres señaló el uso de anticonceptivo (progestágenos y estrógenos) y el 22,9 % el consumo de grasa en su dieta, mientras los restantes factores de riesgo analizados presentan una incidencia entre el 1,0 - 9,4 %, siendo tan solo un 6,3 % para el antecedente de cáncer de mama en su familia, que ha sido señalado ser uno de los más importantes factores de riesgo.

Tabla 4. Distribución de mujeres según número de los factores de riesgo Consultorio médico #22. Centro de Salud Pascuales. Periodo mayo 2015 - mayo 2016.

Factores de riesgo	Nº	%
0	2	2,1
1	19	19,8
2	44	45,8
3	20	20,8
4	8	8,3
5	2	2,1
6	1	1,0
Total	96	100

Gráfico 1. Distribución de mujeres según los factores de riesgo Consultorio médico #22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 - mayo 2016.



Fuente: Tabla No. 4

Al observar el resultado del gráfico 1 y tabla 4, del total de 96 mujeres encuestadas, 94 presentaron al menos un factor de riesgo. Al valorar la distribución en base al número de factores de riesgo presentes, se observa que las más representadas fueron las que presentaron 2 factores de riesgo con 44 casos (45,8 %), mientras 31 de estas (32,3 %) presentaron entre 3-6 factores de riesgo.

Tabla 5. Distribución de mujeres según el conocimiento de los factores de riesgo de cáncer de mama. Consultorio médico #22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 – mayo 2016.

Conocimiento de factores de riesgo	Nº	%
No Conoce	88	91,7
Conoce	8	8,3
Total	96	100

De manera general se puede apreciar en la tabla 5 que la casi totalidad de las mujeres incluidas en el estudio 88 (91,7 %), no tiene conocimientos sobre los factores de riesgo que inciden en el cáncer de mama, mientras solamente 8 (8,3 %) señala tener información sobre los mismos.

Tabla 6. Distribución de mujeres según los factores de riesgo de cáncer de mama que conocen. Consultorio médico 22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 - mayo 2016.

Conocimiento de los Factores de riesgos	Nº	%
Uso de medicamentos para la diabetes	88	91.1
Uso de anticonceptivos intrauterinos y preservativos	88	91.1
Antecedentes familiares de cáncer de mama	86	89.9
Abundante consumo de grasas en la dieta	39	40.6
Uso de anticonceptivos oral e inyectables	37	38.5
No haber dado de lactar	37	38.5
Menopausia después de los 55 años	21	21.9
Tener más de dos hijos	16	16.7
Tener relaciones sexuales a temprana edad	13	13.5
No haber tenido hijos	12	12.5
Menarquia temprana	7	7.3

Al valorar el conocimiento que tienen las mujeres por tipo de factor de riesgo para el cáncer de mama se aprecia en la tabla 6 que el resultado es diferente al de la anterior tabla, que en orden decreciente señalan a los factores de riesgo de uso de medicamentos para la diabetes y el uso de anticonceptivos intrauterinos y preservativo son los más representados con 88 (91,1 %), mientras 86 (89,9 %) respondieron que conocen sobre el antecedente familiar de cáncer de mama constituye un factor de riesgo importante para desarrollar un cáncer mamario; le siguen la ingestión de grasa insaturada con 39 (40,6 %), uso de anticonceptivos orales o inyectables y no haber dado de lactar con 37 (38,5 %), solo 21 (21,9 %) señalan como factor de riesgo a la menopausia posterior a los 55 años. Los factores de riesgo tener más de 2 hijos, relaciones sexuales a temprana edad, no haber tenido hijos, menarquia a temprana edad fueron los de menor conocimiento con 16 (16,7 %), 13 (13,5 %), 12 (12,5 %) y 7 (7,3 %) respectivamente.

Tabla 7. Distribución de mujeres según la escolaridad y el conocimiento de los factores de riesgo de cáncer de mama. Consultorio Médico 22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 – mayo 2016.

Escolaridad	Conocimiento de los factores de riesgo					
	No conoce		Si conoce		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	58	92,1	5	7,9	63	100
Bachiller	28	93,3	2	6,7	30	100
Superior	2	66,7	1	33,3	3	100
Total	88	91,7	8	8,3	96	100

Al unir el conocimiento sobre los factores de riesgo con el nivel educacional, se observa que en los tres niveles educativos la mayoría de las encuestadas no tienen conocimiento sobre los factores de riesgo, entre un 66,7 % para las de nivel superior, hasta 92,1 % y 93,3% para las de nivel de primaria y bachiller respectivamente. De tal manera vemos que ha menor educación menor conocimiento.

Tabla 8: Distribución de mujeres según realización del autoexamen de mama. Consultorio Médico 22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 - mayo 2016.

Realizan autoexamen de mama	Nº	%
Si	35	36.5
No	61	63.5
Total	96	100

Para dar respuesta al objetivo # 3, los resultados de las mujeres participantes en el estudio en base a si se realizan o no el autoexamen de mama (tabla 8), se encontraron que 35 mujeres se realizan el autoexamen de mama (36,5 %), mientras que las 61 restantes de estas mujeres no se realizan el examen de mama con un (63,5 %).

Tabla 9: Distribución de mujeres que se realizan la inspección y palpación del autoexamen de mama. Consultorio médico #22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 - mayo 2016.

Evaluación del autoexamen de mama de forma correcta	Nº	%
Incorrecta	92	95,8
Correcta	4	4,2
Total	96	100

Al calificar la forma en que las mujeres incluidas en el estudio se realizan el autoexamen de mama (tabla 9), se obtuvo el resultado de que sólo 4 mujeres lo hacen de forma correcta para el 4,2 % del universo, mientras las restantes 92 se lo hacen de forma incorrecta para el 95,8% de la muestra, que constituyen la inmensa mayoría.

Tabla 10: Distribución de mujeres de acuerdo a la calidad de la palpación del autoexamen de mama. Consultorio médico #22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 - mayo 2016.

Componentes de la palpación	Calidad de la palpación					
	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Palpación de la mama por cuadrantes	21	21.9	75	78,1	96	100
Palpación de la mama completa	20	20.8	76	79.2	96	100
Palpación del pezón de la mama	11	11.5	85	88.5	96	100
Palpación de los ganglios de la axila	4	4,2	92	95.8	96	100

La palpación del autoexamen de mama se muestra en la tabla 10, donde se aprecia que lo realizan correctamente 56 mujeres, esto equivale al 58,3 %, con notables diferencias sobre las partes palpadas, que van desde 21 (21,9 %) y 20 (20,8 %) para palpación por cuadrantes y de la mama completa respectivamente, hasta 11 (11,5 %) para la palpación del pezón de la mama y solamente 4 (5,3 %) refieren hacer la palpación de los ganglios de las axilas.

Tabla 11: Distribución de mujeres de acuerdo a la calidad de la inspección del autoexamen de mama. Consultorio Médico #22. Centro de Salud Pascuales. Período mayo 2015 - mayo 2016.

Componentes de la inspección	Calidad de la inspección					
	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Textura de la piel de la mama	26	27.1	70	72.9	96	100
Tamaño de la mama	18	18.8	78	81.3	96	100
Salida de secreción de la mama	6	6.3	90	93.7	96	100
Retracción del pezón de la mama	2	2.1	94	97.9	96	100

Al analizar la inspección del autoexamen de mama según los elementos evaluados (tabla 11) se observa que hay 52 (54,3 %) mujeres que realizan al menos uno de estos elementos, pero de forma correcta tenemos que 52 mujeres lo hacen. Según los elementos del autoexamen, vemos que el elemento más inspeccionado fue la textura de la piel de la mama con 26 (27,1 %), seguido del tamaño de la mama donde 18 (18,8 %) mujeres lo practican y en menor proporción se encuentran la inspección de la salida de secreción de la mama con 6 (6,3 %) y la retracción del pezón que solo lo inspeccionan 2 (2,1 %) mujeres.

14 DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una de las enfermedades que se ha extendido a nivel mundial de manera tal que afecta tanto a la población de países desarrollados como en desarrollo, teniendo una mayor incidencia en la mujer a nivel mundial, con mayor incidencia en edades mayor a los 50 años. La OMS ha reconocido la existencia de diferencias en la mortalidad por esta enfermedad entre países, siendo los de bajos ingresos donde ocurren la mayoría de los decesos, ya que generalmente el diagnóstico se realiza en fases avanzadas de la enfermedad, debido a la falta de acceso a servicios de salud y a la poca sensibilización de los gobiernos para establecer programas dirigidos a la detección precoz, dirigidos fundamentalmente a divulgar el conocimiento sobre los principales signos, los síntomas iniciales y la autoexploración mamaria por cada mujer. Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía de México (INEGI) reportan un aumento de la incidencia de cáncer de mama de 14,3/100000 en las mujeres entre 25-45 años, la que alcanza un valor de 51,98/100000 en mujeres en las edades comprendidas entre 45-49 años (37), otros datos de la Organización Mundial de la Salud señalan que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren 458 mil muertes por esta enfermedad (38).

Según Globocan 2012 Ecuador presentaba una de las tasa más altas de cáncer de mama en América Latina, con una incidencia anual de 32,7 por 100000 mujeres, con tasa de mortalidad de 10,3 por 100000 mujeres (39). Como además es conocido que el cáncer de mama, al igual que otros tipos de cáncer, tiene una causa multifactorial, por lo que no se puede identificar una causa o razón única que desencadene su aparición y posterior desarrollo, se hace imprescindible actuar sobre una serie de factores de riesgo, entre los que se destacan el tabaquismo, una dieta rica en grasas animales y ácidos grasos trans, niveles elevados de estrógeno en la sangre, causas exógenas como la obesidad, el consumo de alcohol mayor a 15 gramos al día, la toma por más de cinco años de hormonas como las de los anticonceptivos orales y tratamientos de sustitución hormonal, la exposición prolongada a estrógenos endógenos, los cuales se relacionan con el inicio temprano de la menstruación, haber tenido su primer parto a una edad madura, no haber tenido hijos, o la menopausia tardía, que se desencadenan al entrar en combinación con variables ambientales y genéticas, como las mutaciones de los genes BRXA1, BRCA2 y P53, aunque se considera que casi el 21 % del cáncer de mama son atribuibles al alcohol, el sobrepeso y la falta de actividad física (40). Atendiendo a todo lo anteriormente señalado, se requiere realizar actuaciones que permitan disminuir esta realidad, haciéndose necesario actuar sobre aquellos factores de riesgo modificables que actúan sobre la mujer desde etapas tempranas, sobre todo aquellos que constituyen estilos de vida no saludable (tabaquismo, obesidad, consumo de alcohol, consumo de grasa, etc.) por ello se impone conocer en nuestro entorno de actuación cuál es la realidad que existe sobre el conocimiento de estos factores de riesgo en la población femenina.

Al valorar la edad en éste estudio, se obtuvo que 52 mujeres (54,2 %) se agrupan en el rango de edad entre los 30-44 años, considerada la edad fértil de la mujer etapa en la cual además de los factores propios del sexo por las propias hormonas femeninas, pueden estar influyendo además el consumo de anticonceptivos orales de naturaleza esteroidea que son reconocidos como un importante factor de riesgo, Las restantes 44 mujeres (45,8 %) se incluyen en el rango entre 45-60 edaes en la que se describe la mayor incidencia del cáncer de mama, por lo que constituye el grupo de mayor riesgo en el cual además comienzan a actuar otros factores como los cambios hormonales en la post-menopausia, que se destaca como un grupo de gran interés en base a las políticas de salud aprobadas en Ecuador.

El bajo nivel de escolaridad ha sido reconocido un factor de riesgo, por cuanto implica que las mujeres presenten una menor accesibilidad a la información y su comprensión, lo cual las conduce a que no realicen el reconocimiento de las mamas de forma correcta (41), que como se observa está presente en las participantes en este estudio con un predominio de mujeres con preparación de nivel primario con un 65,6 %% (tabla 2), algo similar al estudio de Coello Gomezjurado MC quien reporta que el 54 % de su muestra tenia nivel educacional de primaria (42) y por Patiño Aguilera L que encuentra que el 53,3 % de su muestra tiene nivel primario (43).

En los datos del estudio se apreció que 60 (62,5 %) de las mujeres encuestadas identifican mayoritariamente al uso de anticonceptivos (progestágenos y estrógenos) como factor de riesgo para cáncer de mamas, seguido del consumo de grasa en la dieta (22,9 %), desconociendo la mayoría al resto de los demás factores de riesgo, los que se identifican entre el 0-9,4 % por las entrevistadas, incluso el antecedente de familiares con cáncer de mama solo lo señala el 6,3 % de las entrevistadas, lo cual permite señalar que queda mucho por hacer en esta población a través de la divulgación para lograr un adecuado conocimiento sobre todos los factores de riesgo que inciden en el cáncer de mamas y sobre todo como actuar sobre los que son modificables para lograr su prevención. Quizás influya la valoración en este grupo sobre el criterio más divulgado del uso de los anticonceptivos, pues otros autores reportan en sus investigaciones que un 47,8 % de las mujeres de su estudio tuvieron entre sus factores de riesgo al consumo de anticonceptivos (44), aunque otros señalan que este factor cobra importancia cuando los anticonceptivos se utilizan por más de 10 años.

Se observa en el gráfico 1, que del total de las mujeres encuestadas solo 19 (19,8 %) presentaron un factor de riesgo, mientras que 44 (45,8 %) de ellas presentó 2 factores de riesgo, otras 20 (20,8 %) presentaron 3 y en menor cuantía las 11 restantes presentaron entre 4 y 6 factores de riesgo. De manera general podemos plantear que el 78,1 % de las encuestadas presentan más de dos factores de riesgo, constituyendo la mayoría de la muestra, lo cual coincide con estudios donde se reportan en pacientes con cancer de mamas la existencia de multiples factores de riesgo, entre los que se señalan antecedentes personales y familiares de cáncer, obesidad, tratamiento

hormonal, edad temprana de menarquia y tardía de menopausia, edad tardía del primer hijo y nuliparidad (45).

En el estudio se observa que solo 8 (8,3 %) de las mujeres del estudio señalan conocer los factores de riesgo y la mayoría de las mujeres participantes 88 (91,7 %) no conocen los factores de riesgo, un problema preocupante por cuanto de ello depende su actuación para contrarrestar aquellos que son modificables (consumo de grasa; ingestión de alcohol; sobrepeso; edades para el primer embarazo, etc.). En otros estudios con personal de enfermería de un hospital señalan que un 30 % de estas tienen conocimientos sobre los factores de riesgo (46) mientras en otro estudio con estudiantes de primer año de enfermería se reporta que el 91 % refiere tener conocimientos sobre el cáncer de mama (34). Como puede apreciarse, existen estudios que reflejan cuanto desconocimiento existe sobre los factores de riesgo, incluyendo al propio personal de los servicios de salud, lo que nos impone el diseño de nuevas investigaciones con un mayor rigor que permita en cada región cual es la realidad.

Al valorar el conocimiento sobre cada uno de los factores de riesgo evaluados, podemos observar una gran diferencia en cuanto a su conocimiento, pues mientras que los factores de riesgo más conocidos fueron los antecedentes familiares de cáncer de mama con 86 (89,6 %) incluidos como un factor de riesgo alto, seguidos del uso de anticonceptivos orales inyectables considerado un riesgo moderado y no haber dado de lactar con 37 (38,5 %) debido a que la lactancia es considerada un factor que disminuye el riesgo, mientras otros factores son menos conocidos, como las relaciones sexuales a temprana edad con 13 (13,5 %), no tener hijos con 12 (12,5 %) y la menarquía temprana con solo 7 (7,3 %) un riesgo moderado, todos los cuales influyen más marcadamente en el sexo femenino (47).

El autoexamen de mama es, sin dudas, una prueba de diagnóstico oportuno de cáncer de mama con múltiples factores a favor, siendo recomendado por los especialistas realizarlo una vez al mes entre los 7-10 días posteriores a la menstruación porque en este período las mamas presentan menos modularidad y edemas, estando más suaves y fáciles de examinar, mientras que en las mujeres que no menstrúan lo deben realizar el primer día de cada mes (48). En la tabla 8 del estudio se aprecia que solo 35 (36,5 %) de las mujeres mencionaron que se realizan el autoexamen de mama, mientras que las 61 restantes (63,5 %) no se lo realizan, lo que difiere de lo reportado por González Castro DB en el 2012 donde encuentra que en su investigación solo el 47 % de las encuestadas conoce acerca del autoexamen de mamas y de estas el 41,0 % no se lo realiza, con un 59,0 % que si lo practica aunque la casi totalidad (96,0 %) señalan que lo hacen incorrectamente (49), ni con Yépez y cols (50), que señalan que el 69 % de las mujeres en su estudio se realizan el autoexamen de mamas, de las que el 33,8 % se lo realiza el décimo día del ciclo menstrual, ni con Pineda Saca DM en su investigación en Loja en el 2015, quien encontró que el 63 % de las mujeres en su estudio refieren conocer como se hace el autoexamen, aunque al realizar su exploración solo

el 43 % tiene un verdadero conocimiento de cómo realizarlo (51), así como se reporta en el estudio de Maza García A y Padilla Herrera AC con estudiantes de enfermería estas refieren que el autoexamen se lo deben realizar las mujeres mayores de 50 años (34), mientras que Carrillo-Larco y col (52) en su estudio encuentra que aunque el 89,7 % señala haber oído hablar del autoexamen de mamas, solo el 21,0 % refiere realizarlo y de estas solo el 41,0 % lo hace mensualmente, el 37,7 % semestralmente y el 9,8 % anualmente, ni con Saenz A y Sanchez A (53) que encuentran que el 80,7 % de su muestra no se realizan el autoexamen si no sienten molestias en las mamas, mas de la mitad (51,7 %) refieren que se debe realizar cada 6 meses, mientras que solo el 30,5 % señala que se debe hacer mensualmente después de la menstruación.

Vemos que al valorar la forma de cómo lo harían, 92 (95,8 %) lo hicieron de forma incorrecta y solo 4 (4,2 %) lo hicieron correctamente, algo similar a lo reportado por Maza García A y Padilla Herrera AC (34) donde encuentran que el 88 % de las estudiantes de enfermería de su estudio no saben realizarse el autoexamen de mama, lo cual nos da una idea del peligro que entraña esta realidad en nuestra región y país.

Al buscar más elementos sobre el autoexamen de mama (tabla 10), encontramos que solo 56 de las encuestadas refieren realizarse la palpación de la mama, pero solo 20 (20,8 %) lo hacen a la mama completa, 21 (21,9 %) lo hacen por cuadrantes, 11 (11,5 %) palpan el pezón y solo 4 (4,2 %) palpan los ganglios, lo cual nos permite confirmar las deficiencias que sobre el autoexamen presentan las mujeres incluidas en el presente estudio.

15 CONCLUSIONES

Predominaron las mujeres menores de 45 años, siendo el nivel educacional primario el de mayor prevalencia. La mayoría tenían al menos un factor de riesgo para la aparición del cáncer de mama, incluso más de la mitad presentaron más de dos factores, siendo los más frecuentes el uso de anticonceptivos orales y el consumo de grasas en la dieta.

Un número considerable mostró marcado desconocimiento sobre los factores de riesgo para el cáncer de mama. Dentro de las condiciones de riesgo que más se identificaron se encontró el uso de anticonceptivos y la menarquia temprana.

Más de la mitad de las féminas no se realizan el autoexamen de mama, y las que lo hacen muestran desconocimiento en la técnica adecuada tanto para la inspección como la palpación, siendo los ganglios axilares los menos palpados.

16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Realizar estrategias educativa de prevención y detección precoz del cáncer de mama, integrando al equipo multidisciplinario (EAIS) con ayuda intersectorial, dando promoción de salud sobre la presencia de factores de riesgo de cáncer de mama, conocimiento de factores de riesgo y del autoexamen de mama, de tal manera que las mujeres y el resto de usuarios tengan el conocimiento sobre el tema de cáncer de mama para realizar así la prevención primaria en cada uno de ellos.

17 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Lorente R, Rubio Hernández MC, Hernández Durán D, Tamayo Lien TG. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin07311.pdf>.
2. Castillo-L C, Tur JA, Uauy R. Folatos y riesgo de cáncer de mama: revisión sistemática. Rev. méd. Chile. 2012; 140. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000200016.
3. Herrera González NE, Gómez Pantoja G. Sedentarismo, obesidad y cáncer de mama: factores de riesgo para una vía en común. Rev Esp M d Quir. 2014; 19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/473/47331518019/>.
4. Consejo Nacional de Planificación. Buen vivir: Plan Nacional. Quito: Consejo Nacional de Planificación, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2013.
5. Govindan R, Morgensztern D. Manual Washington de oncología. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [Internet].; 2016 [citado 2016 Octubre 30. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>.
7. Cantú de León DF, Jiménez Lopez J, Villegas Cruz C, Arce Salinas C, Villavicencio V, Aguilar L, et al. Carcinomas invasivos de la mama. En: Granados García M, Arrieta O, Cantú de León D. Oncología y cirugía. Bogotá: Manual Moderno; 2013. p. 467.
8. Breastcancer.org. Estadísticas del cáncer de mama en los Estados Unidos. [Internet].; 2013 [citado 2016 Noviembre 2. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/estadisticas.

9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cáncer de Mama, estadísticas INEGI. [Internet].; 2014 [citado 2016 Noviembre 2. Disponible en: <http://noticieros.televisa.com/mundo/1410/dia-internacional-cancer-mama/>].
10. Buenestado B. Día mundial del Cáncer de Mama: las cifras de la enfermedad en España. [Internet].; 2016 [citado 2016 Noviembre 3. Disponible en: <http://es.kantar.com/pol%C3%ADtica-y-social/social/2016/octubre-2016-datos-sobre-el-cancer-de-mama/>].
11. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
12. Registro de Tumores SOLCA Cuenca, 1996-2004. 5th ed. Cuenca: Gráficas Hernández; 2007.
13. Leuro Umayá YM, Mayorga Rojas PA. Lineamientos para la promoción y prevención de cancer de mama a partir de revisión bibliográfica entre 1997-2007. 2008. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis18.pdf>.
14. Romero Pérez TdlC, Abreu Ruiz G, Monzón Fernández AN, Bermejo Bencomo W. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba: Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud. Disponible en: http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica&alias=378-control-del-cancer-en-la-aps-experiencias-cubanas-2009&Itemid=226.
15. Lippman ME. Cáncer de mama. En: Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. Mexico D.F.: McGrawHill; 2016. p. 523.
16. Chamorro Oscullo JdR, Sarmiento Sánchez WF. Frecuencia del patrón de densidad mamográfica en cancer de mama según las categorías determinadas por la ACR en las pacientes que acudieron al Hospital de Solca nucleo Quito durante el período de enero a Diciembre del 2008. 2012. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/613/1/T-UCE-0006-27.pdf>.

17. Carvalho de Matos J, Pelloso SM, de Barros Carvalho MD. Prevalencia de factores de riesgo para el cáncer de mama en el municipio de Maringá, en el estado de Paraná, Brasil. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 2010; 18. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_09.pdf.

18. Lacey JJ, Kreimer A, Buys S, Marcus P, Chang S, Leitzmann M. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*. 2009 Marzo; 17(9).

19. Instituto Nacional de Cancer. BRCA1 y BRCA2: Riesgo de cáncer y pruebas genéticas. [Internet].; 2016 [citado 2016 Octubre 23. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hoja-informativa-brca>.

20. Argote Ravelo L, Toledo Rodríguez GdP, Delgado Almanza R, Domínguez Peña D, Noa Borrón A, Quiala Hozman M. Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el Hospital Julio Trigo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2010; 11. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_1_10/rst01110.pdf.

21. Evans G. Genética y cribado (screening) de mama. En: Querci della Rovere G, Warren R, Benson JR. *Cáncer de mama*. Madrid: Marban; 2013. p. 17-24.

22. American Cancer Society. Síndromes de cáncer en las familias. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 28. Disponible en : <http://www.cancer.org/espanol/cancer/quesloquecausaelcancer/otrosagentescancerigenos/la-herencia-y-el-cancer>.

23. Cuenca Rodríguez C, Despaigne Biset AE, Beltrán Mayeta Y. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". *MEDISAN*. 2013 Septiembre; 17(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900005).

24. Sánchez R. C. Vejez y cáncer de mama, el desafío del siglo 21. *Revista médica de Chile*. 2012; 140. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000500015&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

25. Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G, Moreno-Eutimio MA, Vargas-Aguilar VM, Flores-Barrios K, Tovar-Rodríguez JM. Terapia hormonal de reemplazo durante la menopausia. Del riesgo al beneficio. *Rev Hosp Jua Mex.* 2013; 80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134h.pdf>.
26. González Espinoza IR, Villarreal Garza C, Juárez León OA, Adel Álvarez LA, Cruz López JC, Téllez Bernal E. Cáncer de mama con receptores hormonales positivos: tratamiento adyuvante, primera línea en cáncer metastásico y nuevas estrategias (inhibición de mTOR). *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2015 Septiembre-Octubre; 14. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000899>.
27. Bastos Brito M, Fernando Nobre F, Sales Vieira C. Contracepción Hormonal y Sistema Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/es_aop01211.pdf.
28. Sardiñas Ponce R. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención de cancer de mama en atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2009; 8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005.
29. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de seno. [Internet]. [citado 2016 Septiembre 15. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>.
30. Consejo de Salubridad Nacional. Diagnostico y tratamiento del cancer de mama en segundo y tercer nivel de atención. Guía práctica clínica GPC. Mexico D.F.: Consejo de Salubridad Nacional; 2009. Report No.: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/232_I_MSS_09_Ca_Mama_2oN/EyR_IMSS_232_09.pdf.
31. DeVita Jr VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014.

32. Zaharia M, Gómez H. Cancer de mama triple negativo: una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013 Octubre-Diciembre; 30. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a18v30n4.pdf>.
33. Acea Nebril B. La segmentación mamaria. Prevención de deformaciones en las resecciones locales de la mama. En: Acea Nebril B. *Cirugía oncológica de la mama: técnicas oncoplásticas y reconstructivas*. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. p. 1-10.
34. Maza Garcia MA, Padilla Herrera AC. Nivel de conocimiento de la prevención del cáncer de mama en los estudiantes del primer año de la escuela de enfermería de la Universidad de GUayaquil. 2014. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9066/1/TESIS%20PREVENCI%C3%93N%20DEL%20CANCER%20DE%20MAMA%20ALEZANDRA%20MAZA,%20ANGELLY%20PADILLA.pdf>.
35. Asociación Española contra el Cáncer. *Cáncer de mama*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2014. Disponible en: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf.
36. Asamblea Nacional. Proyecto de ley para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Quito: Asamblea Nacional; 2012.
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. [Internet].; 2015 [citado 2016 Diciembre 7]. Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
38. Organización Mundial de la Salud. Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama. [Internet].; 2016 [citado 2016 Noviembre 02]. Disponible en: http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/.
39. World Health Organization. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. [Internet].; 2013 [citado 2016 Noviembre 2.

Disponible en : https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf.

40. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Cáncer de Mama. [Internet].; 2016 [citado 2016 Noviembre 01. Disponible en : <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>.
41. Aponte-Salazar M, Mestanza-Torres A, Velásquez-Távora J, Farro-Peña G. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad Lima – Perú, 2010. Rev enferm Herediana. 2010; 3(2). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/febrero/conocimiento.pdf>).
42. Coello Gomezjurado MC. Imagen Corporal en mujeres con Cáncer de Mama, sometidas a Mastectomía o Cuadrantectomía, según las diferentes distorsiones cognitivas. 2016. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5269>.
43. Patiño Aguilera L. Psicoeducación en pacientes con cáncer según el modelo integrativo ecuatoriano que presentan ansiedad por hospitalización en SOLCA Cuenca. 2008. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3049>.
44. Sifuentes-Álvarez A, Castañeda-Martínez LY, Lugo-Nevarés M, Reyes-Romero MA. Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama en mujeres del estado de Durango, México. Ginecol Obstet Mex. 2015; 83. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom1511b.pdf>.
45. Torres Brito IC. Características epidemiológicas y clínicas del cáncer de mama. Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014. 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21274>.
46. Dornelles Prolla CM, Santos da Silva P, Oliveira Netto CB, Goldim JR, Ashton-Prolla P. Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 Enero-Febrero; 23. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00090.pdf.

47. Rubio Misas JP. Analisis del Programa de Detección Precoz del cáncer de Mama en Jaén y del carcinoma de intervalo en Andalucía, Jaen 2003. 2003. Disponible en: http://www-rayos.medicina.uma.es/Rmf/Tesis/Tesis_Doctoral_Jose_P_Rubio.pdf.
48. Calzado Begu D. Aspectos actualizados sobre cancer de mama. Rev Inf Cient. 2014; 83(1).
49. González Castro DR. Estudio descriptivo transversal sobre el conocimiento y práctica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula. 2013. Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/Auto_examen_de_MAMA.pdf.
50. Yépez-Ramírez D, de la Rosa AG, Guerrero-Albarrán C, Gómez-Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20. Disponible en: (<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122d.pdf>).
51. Cambizaca Mora GdP, Pineda Zaca DM. Conocimientos y prácticas sobre el autoexamen de mamas en usuarias que acuden al centro de Salud Tipo A de Obrapia. 2015. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11633>.
52. Carrillo-Larco RM, Espinoza-Salguero ME, Avilez J, Osada J. Nivel de conocimiento y frecuencia de autoexamen de mama en alumnos de los primeros años de la carrera de Medicina. Rev Med Hered. 2015; 26(4). Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2015000400002&script=sci_arttext).
53. Sáenz Orellana AdP, Sánchez Castro AC. Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama en mujeres de 15 – 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo agosto – diciembre del 2010. 2011. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3012/1/Saenz_oa.pdf.

18 ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Yo, _____ con número de cédula _____, he recibido de la Dra. _____ que labora en el Centro de Salud Pascuales, la información sobre mi participación en un estudio que pretende elaborar una estrategia educativa para prevenir el cáncer de mama en mujeres adultas.

He recibido la información de que mi participación es de forma voluntaria, me será entregado un documento, el cual contiene preguntas sobre el tema y se observará la realización por mi parte del autoexamen de mama. La realización de ambos procedimientos no me expone a riesgo alguno.

He sido informada que puedo retirarme de la investigación cuando desee, sin que esto afecte mi atención médica con la doctora o en el centro de salud con calidad y calidez, con todos los servicios integrales que recibía.

Los datos que aporte serán confidenciales y serán usados exclusivamente para esta investigación.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Nombre y apellidos del paciente	Firma	Fecha

Nombre y apellidos del médico	Firma	Fecha

Anexo 2.

Cuestionario

Nombres y Apellidos _____

1. Edad _____ años.
2. Escolaridad: _____
3. Existe antecedentes de cáncer de mama en la familia: SI ___ NO ___
En caso afirmativo, especificar parentesco.
Madre _____
Padre _____
Hermanos: _____
4. De los factores que se relacionan a continuación marque con una x los que usted constituye riesgo para el cáncer de mama.

Factores	
Antecedentes familiares de cáncer de mama	
Anticonceptivos	
Paridad	
Menarquia tardía	
Menopausia temprana	
Lactancia materna	
Grasas saturadas	

5. Edad 1ra menstruación _____ años
6. Edad de la menopausia _____ años
7. Uso de anticonceptivos: SI ___ NO ___

Método	Medicamento	Tiempo de consumo
Aco		
Parenteral		
Intradérmico		

8. Edad del primer embarazo: _____
9. Número de partos _____
10. Lactancia materna SI ___ NO ___ hasta cuando dio de lactar en cada parto. hijo 1 ___ meses, hijo 2 ___ meses, hijo 3 ___ meses, hijo 4 ___ meses, hijo 5 ___ meses, hijo 6 ___ meses.
11. Consume alcohol: Si ___ No ___

Tipo	Cantidad	Frecuencia

12. Consumo de grasas saturadas: SI ___ NO ___
13. Antecedentes personales de diabetes mellitus Sí ___ No ___
14. Peso _____ kg Talla _____ cm. IMC _____ kg/m²
15. Se realiza el autoexamen de mama: SI ___ NO ___
En caso de respuesta afirmativa marcar frecuencia de realización.
Mensual _____ Trimestral _____
Semestral _____ Anual _____
Nunca _____

Anexo 3

Guía de observación

A través de esta guía se observará todo el acto del autoexamen de mamas, considerando las acciones previas, durante e inmediatas al mismo.

La mujer observada demostrará lo más cerca de la realidad todo el acto de acuerdo a cómo lo realiza habitualmente.

Debe previamente a realizar el autoexamen de mamas, aceptar y firmar el consentimiento informado.

Aspectos a evaluar:

Aspectos a evaluar.	Aspectos examinados.				
Inspección previa (frente al espejo).	Tamaño y posición de las mamas.	Cambios en la textura de la piel.	Desviación o retracción del pezón.	Salida de secreción.	Ninguno de los anteriores .
Técnica de la palpación.	Se palpa toda la mama	Se palpa por cuadrantes	Palpación de la mama y región axilar.	Se palpa el pezón e identifica si hay salida de secreción.	Ninguno de los anteriores .



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Santana Moreira Maritza Verónica, con C.C: #0919139477 autor(a) del trabajo de titulación: “Cáncer mamario. Factores de riesgo, conocimiento y autoexamen de mama. Consultorio médico # 22. Mayo 2015 - mayo 2016.” Previo a la obtención del grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de enero de 2017

f. _____
Nombre: Santana Moreira Maritza Verónica
C.C: 0919139477

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Cáncer mamario. Factores de riesgo, conocimiento y autoexamen de mama. Consultorio médico # 22. Mayo 2015 - mayo 2016."		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Santana Moreira Maritza Verónica		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dra. Sanny Aranda Canosa.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Medicina Familiar y Comunitaria		
GRADO OBTENIDO:	Especialista Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de Enero del 2017	No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	CÁNCER DE MAMA, FACTORES DE RIESGO, CONOCIMIENTO Y AUTOEXAMEN DE MAMA.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: El cáncer de mama es la primera causa de muerte a nivel mundial. Ecuador presenta una de las tasa más altas de esta enfermedad en América Latina. Existen factores de riesgos modificables y no modificables relacionados con este problema de salud. El auto examen y el examen de mama, de conjunto con otros métodos diagnósticos, permiten la detección temprana del cáncer mamario. El gobierno de Ecuador en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 declara dentro de sus objetivos mejorar la calidad de vida de la población y establece como meta la reducción de la muerte por causas oncológicas a través de la detección oportuna. Materiales y Método: Estudio observacional descriptivo transversal, el universo constituido por 96 mujeres, con criterios de inclusión y de exclusión. Para recolectar la información se utilizó encuesta, cuestionario y guía de observación. Resultados: Prevalció el grupo etario entre 30 a 44 años, con un predominio de la escolaridad del nivel primario, la mayoría identificó el uso de anticonceptivos como el factor de riesgo principal; siendo los antecedentes familiares el mayor riesgo. Un grupo considerable de mujeres no se realizan el autoexamen de mama y otras lo hacen de forma incorrecta. Conclusiones: El estudio indica que las mujeres participantes constituyen un grupo vulnerable por la edad, el nivel educacional y el desconocimiento sobre factores de riesgo, así como la forma incorrecta de realizarse el autoexamen de mama.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-5-2786067	E-mail: vsantana27@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landívar		
	Teléfono: +593-4-2206941 ext: 1830		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			