

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

Factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años
que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en
la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago,
I cuatrimestre, 2017

Sustentante

Jéssica Mora Blanco

Tutora

Msc. Laura Chaverri Vargas

San José, Costa Rica

2017

Tabla de contenido

Páginas preliminares

Tabla de contenido.....	ii
Índice de figuras	iv
Prólogo	8

CAPÍTULO I

12

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....

12

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....

13

1.1.1 Antecedentes del problema.....

13

1.1.2 Delimitación del problema.

25

1.1.3 Justificación.

26

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL.....

28

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

30

1.3.1 Objetivo general.

30

1.3.2 Objetivos específicos.

30

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....

31

1.4.1 Alcances.

31

1.4.2 Limitaciones.

31

CAPÍTULO II.....

32

CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

32

2.1 MARCO TEÓRICO

33

2.1.1 Generalidades de las lesiones benignas y el cáncer de mama.

33

2.1.2 El autoexamen de mama desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia y su impacto en el diagnóstico temprano de las lesiones de mama.

48

2.1.3 Influencia de factores socioeconómicos en la salud y percepción social sobre el cáncer de mama.

54

2.1.4 Teorizante de Enfermería.

62

CAPÍTULO III	66
MARCO METODOLÓGICO	66
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	67
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	67
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	67
3.3.1 Población.	68
3.3.2 Muestra	68
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.	68
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	69
3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario.	69
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	71
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	72
3.7 PLAN PILOTO	80
CAPÍTULO IV	81
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	81
4.1 Análisis e interpretación de datos	82
CAPÍTULO V	134
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	134
5.1 Conclusiones	135
5.2 Recomendaciones	137
BIBLIOGRAFÍA	138
ANEXOS	152

Índice de figuras

Figura N°1. Distribución porcentual según rango de edad, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	82
Figura N°2. Distribución porcentual según estado civil, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	84
Figura N°3. Distribución porcentual según nivel de escolaridad, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	85
Figura N°4. Distribución porcentual según vivienda, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	86
Figura N°5. Distribución porcentual según único ingreso económico familiar, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	87
Figura N°6. Distribución porcentual según salario mensual, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	88
Figura N°7. Distribución porcentual según edad de la primera menstruación, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	89
Figura N°8. Distribución porcentual según antecedentes personales de cáncer, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	90
Figura N°9. Distribución porcentual según antecedentes familiares de cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	91
Figura N°10. Distribución porcentual según cantidad de hijos, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	92
Figura N°11. Distribución porcentual según primer embarazo antes de los 30 años de edad, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	93

Figura N°12. Distribución porcentual según periodo de lactancia por 6 meses o más, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	94
Figura N°13. Distribución porcentual según uso de pastillas anticonceptivas por más de 5 años, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017... ..	96
Figura N°14. Distribución porcentual según periodo menopáusico, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	97
Figura N°15. Distribución porcentual según uso de terapia de reemplazo hormonal, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	99
Figura N°16. Distribución porcentual según consumo de frutas y la cantidad de porciones diarias consumidas, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	101
Figura N°17. Distribución porcentual según consumo de vegetales y la cantidad de porciones diarias consumidas, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	103
Figura N°18. Distribución porcentual según el consumo de comida rápida y la ingesta por semana, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	105
Figura N°19. Distribución porcentual según hábito de fumado y el tiempo de fumado, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017..	107
Figura N°20. Distribución porcentual según el ejercicio físico y la frecuencia por semana, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	109
Figura N°21. Distribución porcentual según práctica del autoexamen de mama y su frecuencia, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	111
Figura N°22. Distribución porcentual según medio informativo sobre autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	113

Figura N°23. Distribución porcentual según momento del ciclo menstrual en que realiza el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	115
Figura N°24. Distribución porcentual según lugar en que realiza el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	117
Figura N°25. Distribución porcentual según cómo realiza la técnica del autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	119
Figura N°26. Distribución porcentual según la técnica utilizada para realizar el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	120
Figura N°27. Distribución porcentual según área examinada al realizar el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	121
Figura N° 28. Distribución porcentual según motivo de no realización del autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	122
Figura N°29. Distribución porcentual según opinión sobre masas encontradas en el seno, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	124
Figura N°30. Distribución porcentual según acciones preventivas contra el cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.	125
Figura N°31. Distribución porcentual según conocimiento de edad adecuada para realizar la mamografía, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	126
Figura N°32. Distribución porcentual según conocimiento de signos de alerta ante el cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.....	128

Figura N°33. Distribución porcentual según acciones que favorecen la prevención del cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017..... 130

Figura N°34. Distribución porcentual según acciones que limitan el conocimiento sobre autoexamen de mama y cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. 132

Prólogo

En la actualidad, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres a nivel mundial. En Costa Rica, el Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud¹, para el año 2012, reporta una incidencia del 42,25%. Con respecto a la distribución geográfica, la provincia de San José representa el mayor porcentaje detectado (52,97%); seguido de Cartago con (40,70%); en tercer lugar, Alajuela con (38,21%); Heredia, Limón, Guanacaste y Puntarenas presentan las incidencias más bajas.

La presente investigación se realiza en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, ya que, según la incidencia reportada, el cantón de La Unión obtuvo el segundo lugar en mortalidad por cáncer de mama en el año 2015. En relación con lo anterior, se pretende motivar a las trabajadoras sobre la prevención del cáncer, en especial el de mama, así mismo, proporcionar información acerca de los signos de alerta relacionados con la patología, fomentar estilos de vida saludable, y resaltar la importancia de efectuar el autoexamen de mama mensualmente.

Es importante mencionar que el autoexamen de mama es reconocido como medio de diagnóstico precoz y, en combinación con estudios de imagen, es un instrumento vital para el hallazgo de lesiones mamarias. No obstante, a nivel mundial, se ha demostrado que la utilización del autoexamen es baja, lo cual es preocupante, pues la mortalidad por neoplasia maligna mamaria sigue siendo elevada en la actualidad.

La Sociedad Americana Contra el Cáncer² sostiene que el incremento de casos de cáncer de mama se debe a la interacción de diversos factores, entre ellos destacan: el sexo, la edad, la herencia, la menarquía, no tener hijos, no brindar lactancia materna, la menopausia tardía,

exposición hormonal (estrógeno y progesterona), la dieta, sedentarismo, el fumado, ingesta de alcohol... Por lo anterior, es importante conocer, qué información poseen las mujeres sobre la detección precoz del cáncer de mama, ya que la labor del profesional de enfermería es clave en la constante educación de la población en general.

Por lo tanto, el propósito de esta investigación es conocer cuáles son los factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años, que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

De esta manera, a continuación, se detalla el contenido de los capítulos pertinentes para la investigación.

CAPÍTULO I

El marco contextual reúne las generalidades del trabajo realizado, se destaca el planteamiento del problema sobre el cáncer de mama a nivel nacional e internacional. Además, se establecen los objetivos de la investigación junto con sus respectivas variables. Se establece la importancia de este trabajo mediante la justificación, en la cual se detalla la problemática por analizar. Se describen, al finalizar, los alcances y limitaciones que se presentan durante el periodo de investigación.

CAPÍTULO II

El marco teórico contiene los antecedentes internacionales y nacionales relacionados con el autoexamen y el cáncer de mama; además, se fundamenta la investigación con el contexto teórico relacionado a las lesiones benignas y malignas mamarias. Se establece la relevancia del autoexamen de mama y su impacto en el diagnóstico temprano de las lesiones de mama.

Asimismo, mediante información bibliográfica, se describe la relación de la influencia de factores socioeconómicos en la salud y percepción social sobre el cáncer de mama; y se destaca, en la investigación, la teórica de enfermería Dorothea Orem y papel del profesional en cuanto al fomento del autocuidado en la mujer.

CAPÍTULO III

En relación con el marco metodológico, se describen el enfoque de la investigación, el tipo de investigación, la población de estudio; además, se establecen los criterios de inclusión y exclusión, así como también, se plantea la operacionalización de variables para esta investigación.

Se describe el instrumento utilizado para la recolección de la información. Además, se implementa un plan piloto con el objetivo de verificar la validez y confiabilidad del instrumento, en el cual se valoran posibles correcciones antes de realizar el cuestionario a las trabajadoras de la Municipalidad de La Unión.

CAPÍTULO IV

Describe el análisis e interpretación de los datos brindados mediante la tabulación e interpretación de los resultados obtenidos al aplicar el instrumento tipo cuestionario a las trabajadoras de la Municipalidad de La Unión.

CAPÍTULO V

Al finalizar, se plantean las conclusiones según los objetivos propuestos al inicio del trabajo de investigación. En relación con las conclusiones, se establecen las recomendaciones según las necesidades o deficiencias encontradas en la población objeto de la investigación, con la finalidad de brindar un aporte a la Municipalidad de La Unión, sus colaboradoras y la localidad en general.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La presente investigación reúne una revisión documental donde se obtienen antecedentes nacionales e internacionales, relacionados con estudios del autoexamen de mama y el cáncer de mama en mujeres adultas.

Antecedentes internacionales

La Organización Mundial de la Salud establece el autoexamen de mama como “una práctica que hace a las mujeres empoderarse de su salud, donde implica su propia responsabilidad en la detección de anomalías en los senos”³

Existen muchos estudios sobre el examen de mama en mujeres, con distintos enfoques, ya sea dirigido al conocimiento, a la utilización de la técnica de autoexploración o a la frecuencia con que se recomienda; también sobre factores que lo limitan o condicionan.

En países de América Latina, gran cantidad de mujeres no realizan la práctica mensual del autoexamen. Según Dávila y Hernández⁴, en un estudio realizado en Colombia, con una muestra de 142 pacientes, indaga conocimientos sobre exploración mamaria y la técnica utilizada para tal fin.

Como resultado, se obtiene que el total de las mujeres encuestadas considera importante el examen; no obstante, solo el 50% las pacientes lo practica. Además, no hay claridad sobre la forma de realización en cuanto a la frecuencia y posición adecuada. Los investigadores concluyen que se debe brindar educación continua en programas de promoción de la salud y en la detección temprana del cáncer de mama.

En ese mismo país, en relación con factores que intervienen en la realización del autoexamen, Payán, Umaña y Onatra⁵, en Bogotá, estudian a mujeres de 20-59 años, donde se obtiene predominio del estrato socioeconómico tres (medio –bajo); estado civil, casadas; paridad, un hijo. El 78% de las encuestadas tienen conocimiento de la práctica del autoexamen, aun así cuando no tenían clara la frecuencia, posición o forma correcta de realizarlo. Al brindar una estrategia educativa, aumenta el conocimiento, y se concluye que el factor más influyente en la no realización del autoexamen de mama es la falta de tiempo.

En Perú, Romaní, Gutiérrez y Ramos⁶, investigan prevalencia y factores sociodemográficos. Las participantes fueron mujeres peruanas en edad fértil, entre 20 y 49 años; en total, 9724 mujeres de zonas urbanas y rurales de todos los departamentos de Perú.

Como resultado, tan solo el 34,6% de mujeres peruanas de entre 20 y 49 años se realiza el examen. Los factores asociados a hacerse la prueba es tener de 30 a 49 años; índice de riqueza medio a muy rico; uno o dos hijos; y exámenes clínicos de mama previos. Por otro lado, según los datos de la encuesta, el porcentaje de cobertura de la mamografía sería aún mucho menor en el Perú para mujeres de bajos recursos.

Siempre en Perú, Sánchez y Sáenz⁷ estudian conocimientos, actitudes y prácticas de autoexamen de mama en mujeres de 15 a 45 años, en usuarias de un centro hospitalario local donde se aplica una encuesta a 203 mujeres, con base en la Guía de observación a las pacientes que alguna vez se realizaron esta técnica (73 pacientes).

Al finalizar la investigación, del total de las 203 pacientes entrevistadas, un 95.57% afirma que el personal de salud debe difundir la práctica del examen siempre. Con respecto al conocimiento que prevalece, es catalogado como “malo” con un 44.38%.

En Cuba, Rodríguez et al.⁸, realizan una investigación con el objetivo de identificar el conocimiento de los principales factores de riesgo asociados al cáncer de mama y el autoexamen de la glándula. Participan 463 mujeres del área urbana. La técnica utilizada es la entrevista semiestructurada y una guía de observación, donde se comprueba que la mayoría de estas mujeres desconoce la importancia de realizarse el autoexamen.

La mayoría de las mujeres indica ser fumadoras por más de 10 años. Además, predominan las mujeres que no dieron lactancia. Sobre el autoexamen de mama, la mayoría de participantes no conoce la forma adecuada ni la frecuencia para realizarlo.

En la Habana, Castro y Rizo⁹, estudian el nivel de conocimiento de la población femenina sobre autoexamen de mama en el año 2009. Se encuestan 174 mujeres con edades entre los 20 y 60 años. La investigación se basa en las técnicas de realización del autoexamen y su frecuencia; además, se valoran los conocimientos sobre la naturaleza benigna o maligna de los nódulos mamarios y la relación entre el cáncer de mama y la lactancia materna.

Los resultados demuestran que los conocimientos sobre frecuencia y calidad distan mucho de garantizar el objetivo de su aplicación. La mayoría de mujeres afirman que aprenden la técnica por medios de difusión; y el resto obtiene algún conocimiento por el Equipo Básico de Salud. Al concluir el estudio, se demuestra la necesidad de incrementar la labor educativa del personal de salud en la región.

En Argentina, la investigación de Wirz y Fernandez¹⁰ tiene como fin establecer la relación de la formación académica y la práctica periódica del autoexamen de mama. Se realizan encuestas anónimas a mujeres universitarias y no, elegidas al azar en la ciudad de Corrientes Argentina.

Se constata que, en el grupo universitario 92%, conocían el autoexamen, y 76% de ellas lo realizan periódicamente; mientras que, en el grupo no universitario, sólo un 34% conoce el autoexamen, y de ellas, lo realiza periódicamente un 79%. Pero tanto universitarias como no universitarias solo cumplen correctamente pocos pasos del autoexamen.

En conclusión, los datos señalan que la educación universitaria brinda información suficiente para afirmar que se conoce el autoexamen, pero en cuanto a la calidad de la técnica, prácticamente no existen diferencias en ambos grupos.

En Venezuela, el trabajo de investigación de Sánchez et al.¹¹, se basa en determinar el conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen en mujeres de edad mediana. Incluye 48 mujeres, mediante la aplicación de dos cuestionarios, uno denominado “Conocimiento sobre cáncer de mama” y otro diseñado para establecer la práctica del autoexamen.

Al aplicar el cuestionario, se obtiene que la mayoría de las encuestadas tiene un nivel de conocimiento entre bueno y regular sobre aspectos generales del cáncer de mama, factores de riesgo, prevención y autoexamen. Asimismo, se encuentra que las mujeres practican el autoexamen, una vez por mes motivadas por los medios de comunicación social o por recomendación médica. Solamente el 35,4% de las pacientes no realizan el autoexamen, principalmente, debido al temor a encontrar alguna alteración.

En Chile, Pierart et al.¹² realizan una investigación cuyo objetivo es conocer la realidad de la utilización del autoexamen de mama entre mujeres jóvenes de la ciudad de Concepción. Se realiza una encuesta a alumnas de tercer y cuarto año de enseñanza media de tres diferentes colegios urbanos y sus madres. Participan 2.016 jóvenes y 673 progenitoras. El

24.94% de las estudiantes y el 66.6% de las madres se examinan las mamas frecuentemente.

Entre las mujeres jóvenes, se obtiene poca diferencia en la frecuencia del autoexamen. Por otra parte, entre las madres, se observa una mayor frecuencia de realización del autoexamen en las mujeres con mayores niveles académicos y pertenecientes al colegio de mayor estándar socioeconómico. El mayor porcentaje de las mujeres, que realizan el autoexamen con la periodicidad adecuada, reciben instrucción profesional. Sin embargo, alrededor de la mitad de las mujeres reconocen que su motivación principal proviene de información general, destacándose la importancia de las charlas y revistas juveniles entre las estudiantes.

En Uruguay, Benia y Tellechea¹³ llevan a cabo un estudio en tres policlínicas de Montevideo. Los objetivos son conocer los factores de riesgo de cáncer de mama y realizar estudios de detección de la enfermedad. Se aplica una encuesta a 152 usuarias que asisten por primera vez a la consulta de ginecología. Las participantes reciben información sobre el autoexamen de mama y se les realiza como parte de la actividad asistencial habitual.

Se concluye que, al recibir la capacitación y por medio de la práctica realizada en conjunto con las encuestadas, aumenta el conocimiento del autoexamen de mama, y se incentiva a su realización mensual.

En México, Ortega y López¹⁴ ejecutan una investigación para dar a conocer una estrategia efectiva de enseñanza de conocimientos en cáncer de mama, y la técnica del autoexamen mamario en mujeres con edades entre los 12 y 47 años. Se diseñan y evalúan dos estrategias de enseñanza del autoexamen, ambas consisten en la presentación de un folleto

y un video. En la segunda estrategia, se incluyen diapositivas y modelos de senos de silicón.

En dicho estudio, participan 149 mujeres, asignadas aleatoriamente en cada estrategia. La efectividad de estas se evalúa a través de los cambios en el conocimiento del cáncer de mama y el autoexamen mamario; además, de la destreza para identificar mayor número de abultamientos en un modelo de seno de silicón tamaño natural, medidos antes y después de la capacitación.

Mediante ambas estrategias se eleva alrededor de 30% el conocimiento de las participantes; tres y cuatro de cada 10 mujeres son capaces de identificar más de tres abultamientos en el modelo al finalizar su capacitación. Concluida la investigación, se evidencia que la enseñanza del autoexamen con cualquiera de las estrategias podría incluirse en un plan integral de prevención y detección temprana del cáncer mamario.

López, Suarez y Torres¹⁵, en ese mismo país, presentan una síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva sobre la práctica de revisión y examen clínico de los senos. Se identifican las principales características sociodemográficas y sitios de información sobre su práctica. La población incluida es de 20 000 mujeres, de 15 a 49 años, residentes en áreas rurales y urbanas del país.

Como conclusión, se obtiene que las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socioeconómico, residentes de áreas urbanas, tienen una práctica significativamente baja tanto de la revisión, como en el examen clínico de los senos. La frecuencia de mujeres con cáncer de mama es mayor en el área rural respecto de la urbana. Por tanto, es necesario establecer medidas para la estandarización y control de la calidad del examen.

En España, Pollán et al¹⁶ investigan la situación epidemiológica de esta patología, encontrando que las mujeres españolas diagnosticadas representan casi la cuarta parte de los casos de cáncer femenino, y su incidencia aumenta entre un 2-3% anual. Este incremento se asocia a cambios en los patrones reproductivos y los hábitos de vida; además, de la introducción de la terapia hormonal sustitutiva.

En el mismo país, Ocón et al¹⁷ efectúan un estudio caso-control; de 1996 a 1998, se recluta a 202 mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama en tres hospitales públicos de las provincias de Granada y Almería. Después de diez años del reclutamiento, se plantea conocer su estado vital y supervivencia. La edad media de las mujeres en el momento del diagnóstico es de 54,27 años. El 74,25% de los casos son carcinoma ductal; tres de carcinoma ductal in situ, 1,48%; carcinoma lobulillar 6,93%; y el 11,40% restante corresponde a otros tipos histológicos.

La supervivencia global se estudia en relación con los tipos histológicos para los carcinomas ductales; la supervivencia es del 83,2% a los cinco años, y 70,3% a los 10 de seguimiento. La supervivencia de mujeres con carcinoma lobulillar es del 85,7% a los 5 años, y del 64,3% a los 10 años. Por otra parte, los casos clasificados en el grado I de diferenciación presentan una supervivencia global del 93,8%, tanto a los cinco como a los 10 años. La supervivencia en el grado II es 68,5% y 50,7% a los cinco y 10 años respectivamente.

Por último, la invasión de ganglios axilares determina una supervivencia global a los 10 años del 57,6%, si hay invasión; y del 82,8%, si no existía. En conclusión, la supervivencia en mujeres con cáncer de mama en España ha mejorado en las últimas décadas, pasando de un 61% a los cinco años del diagnóstico entre 1980-1985; a un 78% en el periodo 1996-

2002; además, del valor del diagnóstico precoz para mejorar la supervivencia de las mujeres afectadas.

En el continente africano, Madriz y Picado¹⁸ citan a Matatiele, quien realiza una investigación sobre mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre 2006 y 2007. Como resultado del estudio, se concluye que las de raza blanca tienen un 46% de riesgo del desarrollo de la enfermedad; y las de raza negra, un 41% de probabilidades. La prevalencia es 13% menor para mujeres africanas con descendencia europea.

Antecedentes nacionales

En el ámbito nacional, Seas, Montero y Galán¹⁹ estudian los conocimientos y prácticas sobre el autoexamen de mama en el personal femenino en Sports Bar Hooters y Hooligans, en el 2015. El estudio se realiza con una población de 65 mujeres, distribuidas en diferentes sucursales de Hooters y Hooligans en el país. La edad promedio de las encuestadas es 24.3 años.

Sobre el autoexamen de mama, un 92.7% refiere conocerlo; sin embargo, solo un 45.4% posee un adecuado nivel de conocimiento y práctica, el cual se asocia a mayor grado de instrucción académica. Los medios de comunicación son la principal fuente de información.

Segura²⁰, en el año 2015, estudia las conductas modificables en las trabajadoras del Instituto Costarricense de Electricidad para reducir el riesgo de padecer cáncer de mama, el cual incluye un cuestionario a 355 funcionarias.

En relación con el autoexamen de mama, 199 funcionarias afirman realizarlo siempre; 102 participantes, ocasionalmente; y las restantes 54 trabajadoras no lo realizan. Destaca, por lo tanto, la necesidad de realizar actividades educativas para modificar factores de riesgo en las trabajadoras.

Por otra parte, el estudio de García, Gutiérrez y Narod²¹ tiene como objetivo identificar los factores para obtener información epidemiológica, factores de riesgo y genética molecular del cáncer de mama (CM) hereditario en Costa Rica para identificar los potenciales modificadores de riesgo. Se trabaja con una muestra de 116 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y con antecedentes familiares de este tipo de cáncer, se aplica un cuestionario del cual se obtiene información sobre factores ginecoobstétricos, estilo de vida, y factores neoplásicos familiares.

Como resultado, se obtiene que las participantes de este estudio tienen una edad promedio de 53.0 años, una escolaridad mayoritaria universitaria con un 41.7%. Con respecto al método de diagnóstico del cáncer, el principal es el autoexamen mamario, seguido de la mamografía 20.5%. En la población estudiada, se encuentra que 71 casos presentan parientes de primer grado diagnosticados con cáncer de mama; y 65 tienen antecedentes de segundo grado. En conclusión, en Costa Rica, debe efectuarse la detección más temprana, campañas de prevención y tratamiento médico oportuno.

Cerdas y Wittmann²² realizan una investigación sobre el impacto de la pérdida del pecho de un grupo terapéutico de mujeres mastectomizadas. Se realiza una convocatoria de participantes a través de la Fundación Nacional de Solidaridad contra el Cáncer de Mama FUNDESO, y se efectúa una entrevista individual a las mujeres al dar inicio con el proceso grupal. El proceso psicoterapéutico consiste en un número de diez sesiones, con una

duración de dos horas aproximadamente cada una, una vez por semana. Luego de la finalización del proceso grupal, se lleva a cabo un seguimiento individual y grupal de las participantes.

Como conclusiones del estudio, el impacto del diagnóstico de cáncer y la mastectomía en la vida de las mujeres entrevistadas ha dejado una huella muy dolorosa en cada una de ellas. Tras ser analizadas en el periodo del estudio, se emplean técnicas que buscan la reparación grupal con medios psicoterapéuticos, en los cuales guía a reencontrarse y reconocerse ellas mismas tras la enfermedad.

En la investigación de Chaverri y Sánchez²³, se estudian los factores psicológicos, culturales y sociales que intervienen en el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes en relación con el autoexamen de mamas. Se entrevista a 125 mujeres donde se evalúa el conocimiento de la técnica del autoexamen de mamas, la frecuencia al realizarlo; además, de los hallazgos anormales en las mamas, la importancia de acudir al centro médico en el caso de detectar anomalías, la actitud hacia la práctica del autoexamen y causas del porqué no lo realizan.

Como resultado de este estudio, del total de entrevistadas, un 68% sí se realizan el autoexamen de mama; 37% lo realiza todos los meses; y 63% solo lo efectúa ocasionalmente. De 110 entrevistadas, solo 19 mujeres aplican una técnica de buena calidad; el 57% de ellas no saben realizar la técnica o del todo no la aplican. Del total de entrevistadas 14 afirman tener antecedentes familiares de tumores o cáncer de mama, y 6 de ellas no se revisan. El motivo por el cual no se hacen el autoexamen es un 33% no sabe; 25% lo olvida; 7% no sabe hacerlo; 11% no tiene tiempo; otras causas 30%; 4% por temor

de encontrar algo malo en sus mamas, y, además, inseguridad al realizar el autoexamen de la manera correcta.

La Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social²⁴ realizan una investigación que incluye a 1200 pacientes de todo el país. Se analizan alrededor de 600 casos de cáncer de mama, que son diagnosticados en el año 2008 y reportados a la Caja Costarricense de Seguro Social; y un número similar de personas no diagnosticadas con la enfermedad, con edad y lugar de residencia cercanos a los diagnosticados, denominado grupo de control. El estudio evalúa la historia clínica y la frecuencia de las modificaciones genéticas de las pacientes, se examinan factores ambientales, historia reproductiva y familiar, residencia, dieta, actividad física y situación socioeconómica.

Las pacientes fueron contactadas por personal de la institución. Se realiza una entrevista y se toma una muestra de saliva para el análisis del ADN. La Universidad de Costa Rica recoge las muestras y realiza el análisis estadístico de la información; el Instituto Canadiense en colaboración realiza el estudio molecular. Este estudio aún no ha concluido, pero para los especialistas, tiene un gran valor sobre los conocimientos que se obtengan sobre cáncer de mama, factores de riesgo y tratamientos.

Vargas²⁵, en un estudio retrospectivo realizado entre los años 2008 y 2012, tiene como objetivo determinar cuáles son los signos radiológicos más frecuentes documentados en estudios mamográficos de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en el Área de Salud de Coronado.

Se revisan 86 casos. El estudio logra describir el comportamiento del diagnóstico de cáncer de mama, y su aumento progresivo en los últimos años. Como conclusión, se determina la

predominancia de la lesión focal única de bordes irregulares y la presencia de adenopatías, como signos radiológicos presentes en el diagnóstico de cáncer de mama.

Madriz y Picado¹⁸ realizan una investigación con el objetivo de identificar el conocimiento de las prácticas relacionadas con la prevención del cáncer de mama. La población del estudio son 400 mujeres evangélicas, entre 15 y 74 años de edad.

Como resultado de la investigación, se determina que entre los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama se encuentran: no consumir frutas ni vegetales, y un total de 72% de las mujeres no practica el autoexamen de mamas como medida de detección del cáncer de seno.

Jiménez²⁶, en 2014, realiza una investigación, con el objetivo de conocer los factores de riesgo modificables y no en 50 mujeres que forman parte de la Asociación Pro Paciente Oncológico y Cuidados Paliativos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit, que han padecido cáncer de mama. Se comparan con 50 mujeres no diagnosticadas de cáncer de mama en el momento del estudio y que asisten a la iglesia Vida Abundante en Heredia.

Para obtener los datos del estudio, se elabora un cuestionario para identificar los factores modificables como: sobrepeso, cantidad de hijos; y no modificables como: menarquía, menopausia, antecedentes personales o familiares de cáncer de mama.

Como conclusiones del estudio, en ambos grupos, la edad que predomina es de 46 a 50 años; el 36% de las mujeres diagnosticadas tiene antecedentes familiares de cáncer; por el contrario, un 28% de las no diagnosticadas tiene antecedentes familiares de cáncer. En cuanto a embarazos, 15% de cada grupo afirma ser nulípara; y 20%, en cada grupo, no da lactancia materna al ser madres.

1.1.2 Delimitación del problema.

Delimitación de la población

Se toma como población de estudio a 80 adultas entre las edades de 18 a 65 años, trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago.

Dentro de las características sociodemográficas; La Unión es una zona urbana, con un 95% de alfabetismo, con escuelas y colegios, cumple con condiciones generales de saneamiento y energía, para cubrir las necesidades básicas de sus habitantes. Además, posee centros de salud, vías de acceso debidamente habilitadas, zonas de recreo y amplia variedad de comercios que generan empleo en la zona.

La investigación abarca el I cuatrimestre del 2017.

En la provincia de Cartago, se encuentra Tres Ríos, ciudad cabecera y distrito primero del cantón de La Unión. Está localizada aproximadamente a 12 km al este de San José y a 11 km al oeste de Cartago. Está asentada a una elevación de 1345 msnm y su extensión es de 2,39 km².

El cantón de La Unión es el más pequeño de los ocho de la provincia, pero el más densamente poblado, donde solo el central lo supera en población a nivel provincial. En el 2011, según datos estadísticos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC²⁷, se reporta un total de 105 612 habitantes en La Unión. Para efectos de la presente investigación, se toma a las trabajadoras de la Municipalidad de La Unión como población de estudio.

1.1.3 Justificación.

Sobre el cáncer de mama y su etiología, se han establecido causas multifactoriales, relacionando factores hormonales, reproductivos y hereditarios, los cuales unen las condiciones necesarias para el desarrollo de la enfermedad. Este tipo de cáncer es uno de los más frecuentes, y a nivel mundial, constituye un problema de salud pública.

En el año 2015, el Ministerio de Salud de Costa Rica y el Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC¹, reportan un total de 317 mujeres fallecidas a causa del cáncer de mama; San José, Alajuela y Cartago reportan la mayor cantidad de fallecimientos.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación se justifica por la incidencia y prevalencia de cáncer de mama en Costa Rica, ya que es la segunda causa de muerte a nivel nacional para el género femenino en la actualidad. Por otra parte, se busca identificar el conocimiento del autoexamen de mama relacionado con los factores socioeconómicos.

Esta investigación, además, incentiva la promoción de la salud en las trabajadoras de la Municipalidad reforzando la recomendación que menciona la Organización Mundial de la Salud: “La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales, mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.”²⁸

Según Schorge et al.²⁹, el autoexamen tiene como ventaja que identifica lesiones en mujeres jóvenes que aún no son aptas para prueba de mamografía, examen indicado a partir de los 40 años de edad. Por tanto, la importancia de educar acerca del autoexamen desde la

adolescencia, fomentando su uso en adultas jóvenes y población adulta, ya que no cuentan con otra opción o medio diagnóstico apto según edad.

Por otra parte, Sardiñas afirma la importancia del autoexamen al referir que: “Este posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta una mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y en específico del cáncer; donde más de 80% de los nódulos de mama son detectados por la propia mujer.”³⁰

La intervención del profesional de enfermería desde la atención primaria de la salud es fundamental, ya que las funciones propias comunitarias están dirigidas a promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que se orienta al alcance de la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital, garantizando su calidad de vida.

Pérez et al, citando a Gonzáles, define Educación para la salud como el "Proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos."³¹

Como se indica anteriormente, la educación para la salud pretende mejorar la calidad de vida de las personas, brinda herramientas positivas de empoderamiento de la persona para mejorar su estado de salud, promoviendo cambios en el estilo de vida.

La intervención de enfermería ejerce un rol fundamental en beneficio de la población, por tanto, para fines investigativos, es necesario saber qué factores socioeconómicos de las mujeres de la Municipalidad de La Unión inciden en el conocimiento del autoexamen de

mama, con el fin de incentivar esta práctica como parte de la detección precoz cáncer de seno.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

En Costa Rica, las cifras de mujeres fallecidas por cáncer de mama son elevadas; al igual que, a nivel mundial, esta enfermedad sigue estando entre las primeras causas de mortalidad. Lamentablemente, a pesar de los esfuerzos de las autoridades de salud, muchas mujeres no realizan ningún tipo de control médico en relación con el diagnóstico oportuno y prevención del mismo.

El impacto psicológico, que puede producir el diagnóstico de cáncer, es devastador en la mayoría de personas. En algunas ocasiones, la usuaria recibe la noticia sin preparación previa, como parte de un acto técnico y de rutina, lo cual genera temor e incertidumbre. De ahí la necesidad de que profesionales en salud motiven el autocuidado previo a la enfermedad y durante las distintas fases de la patología.

Para promover la detección precoz del cáncer, conocer el cuerpo es fundamental. Correa establece en relación al autocuidado de las personas que: “El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el

autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.”³²

El estilo de vida de la persona orienta al equipo de salud sobre las intervenciones adecuadas, ya sea de vigilancia, o la puesta en marcha de ciertas estrategias. Al mejorar el modo de vida de las personas, mejoran aspectos socioeconómicos importantes como el nivel de conocimiento sobre cómo vivir mejor, promoción de salud y prevención de la enfermedad.

De ahí que surja la pregunta de investigación del presente estudio:

¿Cuáles son los factores socioeconómicos de las mujeres de 18-65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general.

Determinar los factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar aspectos sociodemográficos de la población de mujeres de 18 a 65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.
- Reconocer los factores de riesgo del cáncer de mama presentes en las mujeres de 18 a 65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.
- Identificar el conocimiento sobre el autoexamen de mama en mujeres de 18 a 65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.
- Relacionar factor socioeconómico y conocimiento del autoexamen de mama en mujeres de 18 a 65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances.

- Se logra involucrar a las participantes, en la práctica del autoexamen de mama, mediante la entrega de un brochure a cada una de ellas, explicando los pasos del autoexamen y los signos y síntomas del cáncer de mama. Además se motiva a mejorar el estilo de vida, mediante dieta balanceada, la importancia del consumo diario de frutas y vegetales, y la implementación del ejercicio físico diario, para disminuir la probabilidad presentar cáncer de mama.
- Se brinda la posibilidad de impartir una charla educativa dirigida a las trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, en relación con la práctica del autoexamen de mama y las medidas preventivas sobre el cáncer de mama, por lo cual, se coordina con el departamento de recursos humanos para establecer la fecha adecuada.

1.4.2 Limitaciones.

- La presente investigación, no presenta limitaciones.

CAPÍTULO II
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Generalidades de las lesiones benignas y el cáncer de mama.

Desde el desarrollo embrionario, se produce la diferenciación de la glándula mamaria en los mamíferos, siendo la cantidad proporcional al número de hijos que tenga cada especie. En los humanos de ambos sexos, se da la formación de dos mamas, destacando, en la mujer, su crecimiento y desarrollo durante la pubertad y el embarazo.

Peate y Nair mencionan la localización anatómica de la glándula mamaria y sus características más importantes: “ubicada entre la tercer y séptima costillas en la cara anterior de la pared torácica, los ligamentos suspensorios de Cooper la fijan por la parte profunda a la fascia del músculo pectoral mayor. Está formada por tres clases de tejido, glandular con 15 a 20 lóbulos de tipo tubuloalveolar, tejido adiposo (grasa) llena espacio existente entre los lóbulos y tejido conectivo fibroso, encargado del sostén de la mama, el cual se extiende desde el tejido mamario interno hacia el pezón.”³³ (Ver Anexo 9)

Según Schorge et al²⁹, la mama comprende en su porción glandular de 12 a 15 sistemas ductales independientes, cada uno desemboca en 40 lóbulos, los que a su vez, constan de 10 a 100 ácidos encargados de la producción de leche. Posterior al embarazo, se produce una adaptación del tejido glandular, aumentando su tamaño y capacidad para el almacenamiento, transporte y salida de leche materna hacia el pezón.

Tijerina describe la glándula mamaria afirmando que tiene: “canales arteriales y venosos que llevan la sangre, también componentes como nervios y conductos linfáticos que transportan células de la sangre encargadas de defender al organismo. Estos conductos desembocan su contenido en ganglios linfáticos; el 75% se va a los ganglios de la axila

(ganglios centinela) y el resto a ganglios que están detrás del esternón, el hueso que une a las costillas por el frente del tórax.”³⁴

Schorge et al²⁹, con respecto a los ganglios axilares afirma que, los ganglios centinela reciben la mayor parte de la linfa proveniente de la mama; por lo tanto, son los ganglios que presentan metástasis con mayor frecuencia. (Ver Anexo 10)

Por ese motivo, destaca la importancia de la palpación de los ganglios axilares durante la revisión médica y el autoexamen de mama, además, de la revisión del área supraclavicular y axilar contralateral ya que también estas regiones se encuentran irrigadas por la vía linfática.

En cuanto al tejido mamario, desde la adolescencia por acción hormonal, se estimula el desarrollo de la mama hacia la etapa adulta en la mujer. En cada ciclo menstrual, se dan cambios en la anatomía mamaria, preparando el seno en conjunto con los órganos sexuales en caso de procreación. Bland y Copeland sostienen que “alrededor de los 20 años las glándulas mamarias han alcanzado su desarrollo máximo, y cerca de los 40 años comienzan su proceso atrófico.”³⁵

Durante cada ciclo menstrual, se producen cambios estructurales en la mama por acción de las hormonas ováricas. Algunos de estos son percibidos por la mujer como “dolorosos” en cierta fecha del mes, siendo este hecho totalmente normal. En la semana previa al ciclo menstrual (específicamente en la fase secretoria), las mamas están sensibles al tacto, por lo que no se recomienda realizar la palpación en ese momento, postergando el examen a los siete días del final de la menstruación cuando la tensión mamaria y el efecto hormonal disminuyen.

Con la llegada de la menopausia, Bland y Copeland³⁵ afirman que las mamas sufren atrofia o involución. A medida que disminuye la liberación de hormonas ováricas, las células secretoras de los alveolos se degeneran y desaparecen, pero quedan algunas en los conductos. El tejido conectivo también muestra cambios degenerativos con reducción del estroma y fibras de colágeno. (Ver Anexo 11)

De esta forma, se presenta en la glándula mamaria una serie de patologías que se clasifican en dos tipos, benignas y malignas.

Lesiones benignas mamarias: las patologías de carácter benigno ocupan alrededor del 80% de enfermedades que afectan la mama. Tijerina menciona que las lesiones benignas pueden desarrollarse en el parénquima mamario: “conjunto de células especiales propias y específicas de la glándula”³⁴. También tienen origen en el estroma mamario: “tejidos que rodean a los lóbulos y a los canales; dan el sostén, forma, y la oxigenación entre ellos, la grasa, el tejido conectivo o de sostén, las arterias, las venas y la piel que cubre todas las estructuras.”³⁴

Los tumores benignos surgen más frecuentemente en el parénquima mamario. Soto³⁶ refiere que: solamente el 1% de los procesos benignos afectan al estroma mamario (vasos sanguíneos, nervios o el tejido conectivo). A continuación, se hace una descripción de lesiones benignas mamarias.

Quistes: son definidos por Arpestequía y Pina como “dilataciones de las unidades ductolobulares terminales, que se encuentran llenas de líquido, de coloración variada”³⁷. Generalmente aparecen en la pubertad, y suelen desaparecer en la menopausia, algunos son dolorosos.

A causa de su formación, la mujer suele experimentar dolor mamario, o mastodinia, que puede estar presente solo en ciertos días del ciclo menstrual (tres días antes de la aparición del sangrado) o también puede ser percibido constante y aumentar su intensidad en la semana previa a la menstruación.

Fibroadenomas: son descritos por Tijerina como: “tumor formado por las células del tejido fibroso o de sostén, las células de los canales y los lobulillos que forman a la glándula. Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que tienen menos de 30 años de edad. Las posibilidades de encontrar un fibroadenoma van disminuyendo conforme se avanza en edad”³⁴

Vernet, Carreras y Zapardiel³⁸ sostienen que, el fibroadenoma es el tumor benigno más frecuente y su tamaño generalmente oscila entre dos y cuatro centímetros. Su etiología es desconocida; para confirmar el diagnóstico, se realiza una biopsia por punción – aspiración con aguja fina.

Tumores filodes: son poco frecuentes, y se originan en el tejido conectivo (estromal). Son diagnosticados en mujeres de 30 a 55 años, aunque pueden presentarse a cualquier edad. En muy pocas ocasiones, los tumores filodes pueden ser cancerosos; se registra 1 de cada 10 casos de malignidad.

La Sociedad Americana contra el Cáncer, menciona que, los tumores filodes “pueden crecer rápidamente y estirar la piel. Son difíciles de diferenciar de los fibroadenomas cuando se observan en los estudios por imágenes, o incluso con ciertos tipos de biopsias.”³⁹

Por tanto, la importancia de realizar un diagnóstico diferencial oportuno al palpar una masa, de aspecto sólido y que crece rápidamente. El tumor filodes puede evidenciarse al superar

un tamaño de 6 a 8 centímetros en el seno, a diferencia del fibroadenoma que como tamaño máximo abarca 2 a 4 centímetros. Sin embargo, ambos poseen características similares, lo que puede generar confusión.

Adenomas: Arpestequía y Pina afirman que son tumores “compuestos de células epiteliales y estroma. Existen varios tipos, los más frecuentes son los adenomas tubulares y los de la lactancia. Los tubulares se dan en mujeres jóvenes, se presentan en muy pocos casos, son palpables, móviles y bien delimitados similares a fibroadenomas. Los adenomas de lactancia son palpables, blandos y bien delimitados surgen con el embarazo o lactancia”³⁷

Adenoma del pezón: Arpestequía y Pina mencionan “es una entidad rara que se origina en los ductos del pezón y que clínicamente se manifiesta por telorrea, prurito, eritema, erosión o nodularidad, pudiendo también ser asintomático. Destaca como signo característico la salida de secreción por el pezón, la cual puede ser acuosa, amarillenta, parduzca o sanguinolenta.”³⁷

Lipomas: la Sociedad Americana contra el Cáncer afirma que los lipomas “son tumores adiposos benignos y comunes que pueden aparecer en casi cualquier parte del cuerpo, incluyendo el seno. Por lo general, no ocasionan sensibilidad dolorosa al tacto”⁴⁰

En conclusión, los tumores benignos no se han establecido totalmente como precursores de cáncer de mama; no obstante, se debe controlar cualquier lesión diagnosticada. Por lo tanto, la educación en la mujer debe enfocarse en detección precoz y el seguimiento adecuado de cualquier hallazgo existente, con la finalidad de evitar posibles complicaciones que estudios previos no detectan.

Cáncer de mama: reconocido como un problema global de salud pública. En la actualidad, los casos de incidencia y prevalencia siguen siendo alarmantes, razón por la cual se continúa buscando tratamientos oportunos y menos perjudiciales para afrontar la enfermedad. Este tipo de lesión, afecta principalmente a las mujeres, causando secuelas psicológicas y físicas muy dolorosas, ya que muchos casos son diagnosticados en un estado avanzado donde la muerte es inminente.

El origen del cáncer radica en el crecimiento celular descontrolado. La multiplicación celular aumenta de manera exagerada por un fallo en los genes del ADN. La célula alterada se transforma de normal a maligna, y se hace independiente de los mecanismos reguladores del cuerpo. Por tanto, el tumor se produce cuando se hace la reproducción de células sin control.

Los genes tienen una función verdaderamente importante en el desarrollo del cáncer. Ríos y Hernández⁴¹ afirman que los protooncogenes participan en el crecimiento de las células normales, pero si ha tenido una mutación, reproduce las células cancerosas. Las mutaciones se convierten en oncogenes, pueden ser heredados o se deben a la exposición de sustancias ambientales que causan cáncer.

El gen p53 regula la normalidad de acontecimientos genéticos que permiten la proliferación celular. Si el material genético de la célula está dañado, el gen lo restaura; por el contrario, si el daño es irreparable, entonces se ordena la apoptosis o muerte celular programada. Además del gen p53, los genes BRCA 1 y BRCA 2 han sido estudiados en relación con el cáncer de mama.

El Instituto Nacional del Cáncer afirma al respecto: “las mutaciones específicas que se heredan en el BRCA-1 y en el BRCA-2 aumentan el riesgo de cánceres de seno. Los cánceres de seno asociados con las mutaciones en el BRCA-1 y en el BRCA-2 tienden a presentarse a una edad más joven que los no hereditarios”⁴²

Pérez, Muñoz y Cortés sostienen que el gen HER-2 produce una proteína que se detecta en 15-20% de todas las pacientes afectadas por cáncer de mama. Los tumores, que tienen esta proteína denominados HER-2 positivos, se asocian a una mayor agresividad tumoral, y a un peor pronóstico de la enfermedad”⁴³

Con respecto a la patología maligna mamaria, se describen, a continuación, los tipos de cáncer de mama in situ y cáncer infiltrante o invasivo; así mismo otros tipos como carcinoma inflamatorio y la enfermedad de Paget del pezón.

En relación con el tipo histológico de cáncer mamario, el carcinoma ductal es el más frecuente, siendo reportado en el 70-80% de los casos, seguido del carcinoma lobulillar 5-10%. Otros menos frecuentes son de tipo inflamatorio, enfermedad de Paget, entre otros.

Carcinoma in situ: La Asociación Española contra el Cáncer define el carcinoma in situ como: “proliferación celular maligna que ocurre en el interior del conducto mamario, sin traspasar la pared (membrana basal) del mismo, es decir sin invasión o infiltración del tejido (estroma) que lo rodea”⁴⁴. El carcinoma in situ se subdivide en: carcinoma ductal in situ y carcinoma lobulillar in situ.

Carcinoma ductal in situ o carcinoma intraductal (CDIS): se da cuando la lesión es originada dentro de un ducto. Cortés sostiene que: “comprende a un grupo de neoplasias

que se originan en el epitelio ductal, que están confinadas por la membrana basal y por lo tanto no invaden el estroma subyacente.”⁴⁵

El tratamiento actual del carcinoma ductal in situ es quirúrgico y, en algunos casos, radioterapia y/o tratamiento hormonal adyuvante, según el estado de los receptores hormonales.

Carcinoma lobulillar in situ (CLIS): cuando la lesión se da dentro de un lobulillo. Arraztoa et al.⁴⁶ afirman que: es una proliferación de células atípicas que llenan y distienden el ácino. Este tipo de lesión se considera un marcador de riesgo para el cáncer de mama. Considerada de extirpación quirúrgica, tanto si es pura como si se asocia a otras lesiones no atípicas, ya que, en la cirugía, puede encontrarse un 9-16% de lesión infiltrante.

En relación con lo anterior, el carcinoma in situ, años atrás, se considera una lesión pre maligna; sin embargo, en la actualidad, se menciona como un marcador que identifica a mujeres con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama invasivo.

Carcinoma invasivo o infiltrante: Martín, Herrero y Echeverría, con respecto a la historia natural del cáncer de mama invasivo sostienen: “El cáncer invasivo o infiltrante de mama puede extenderse localmente dentro de la mama, puede llegar a infiltrar la piel o los músculos pectorales y puede también extenderse por los conductos linfáticos a los ganglios de la axila (más raramente a los de la cadena ganglionar mamaria interna). Finalmente, el cáncer de mama puede invadir los vasos sanguíneos locales y emitir células metastásicas que pueden emigrar a órganos distantes (hueso, pleura, pulmón, hígado) dando lugar a metástasis a distancia”⁴⁷

La Sociedad Americana contra el Cáncer afirma que el cáncer de mama invasivo o infiltrante puede clasificarse en dos subtipos: ductal o lobulillar.

Carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI): “es el tipo más común de cáncer de seno. Este comienza en un conducto lácteo del seno, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo del seno.”⁴⁸

Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante (CLI): “comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual puede propagarse a otras partes del cuerpo”⁴⁸

Por otra parte, Calhoun y Giuliano⁴⁹ mencionan otros tipos de cáncer de mama como la enfermedad de Paget y el carcinoma inflamatorio, los cuales se presentan en menor cantidad de mujeres y se describen a continuación.

Enfermedad de Paget: en 1870, Sir James Paget describió una lesión del pezón como eccema, asociada a patología mamaria subyacente intraductal “in situ” o invasivo. La incidencia es muy baja. Menos del 1% de los cánceres de mama se manifiestan de esta forma.

El síntoma inicial de la enfermedad usualmente se caracteriza por la salida de líquido seroso y sangre de los conductos afectados. Con el tiempo se asocia prurito, hipersensibilidad y dolor. El pronóstico y el tratamiento de la enfermedad dependen del tipo de tumor subyacente.

Carcinoma inflamatorio: Calhoun y Giuliano sostienen: “las pacientes con carcinoma inflamatorio inicialmente parece que tienen inflamación aguda de la mama con enrojecimiento y edema, porque las células tumorales bloquean los vasos linfáticos de la piel. La incidencia es baja, del 1 al 3% de todos los cánceres de mama. Otros hallazgos

clínicos son variables y oscilan entre la ausencia completa de tumoración dominante y la presencia de nódulos satélites cutáneos o una alteración palpable de gran tamaño”⁴⁹

En cuanto a los estadios del cáncer de mama, estos se clasifican con base en la evolución que presente la patología. La *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* y *International Union Against Cancer (UICC)*⁵⁰, crearon un sistema para describir tanto la cantidad de cáncer como su diseminación en el cuerpo mediante las letras TNM. (Ver Anexo 12)

Estadio I: tumores pequeños, sin afectación metastásica de la axila.

Estadio II: tumores de más de 2 cm o con afectación metastásica de la axila moderada.

Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva.

Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado).

Con respecto a los factores de riesgo del cáncer de mama, la Sociedad Americana contra el Cáncer⁵¹, afirma una relación directa de ciertos factores presentes en las mujeres, que sufren la enfermedad; algunos de ellos pueden ser modificables con el fin de disminuir la posibilidad de enfermar por esta causa.

Sexo: afecta en 99% de los casos, al género femenino. Esto podría deberse a que los hombres tienen menos de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, las cuales pueden promover el crecimiento de células cancerosas de los senos.

Edad: aumenta el riesgo de incidencia al aumentar la edad, la mayoría se diagnostica en mayores de 40 años; solamente el 1.5% se da en menores de 30 años. Entre 80 y 85 años, el

riesgo del desarrollo de la enfermedad es relativamente alto, con respecto a mujeres de 60 y 65 años de edad.

Antecedentes familiares: relacionados a mujeres, que tienen familiares en primer grado (hermana, madre, hija) diagnosticadas con cáncer de mama, especialmente si fue antes de la menopausia, tienen mayor vulnerabilidad de contraer la enfermedad. Existe relación directa de los genes BRCA-1 y BRCA-2, y p53 con la aparición de la patología mamaria maligna.

Alimentación, obesidad y alcohol: existen diferencias geográficas considerables en la incidencia de cáncer de mama, lo cual podría estar en relación con la alimentación. Calhoun y Giuliano⁴⁹ mencionan la asociación del consumo de grasas totales y el cáncer de mama, además del consumo de alcohol, donde se menciona la ingesta excesiva de vino y la relación con esta enfermedad.

Antecedentes personales de cáncer: el diagnóstico previo de cáncer de mama se asocia con un alto riesgo de un segundo cáncer primario en la mama contralateral.

Menarquía precoz (menor de 12 años) y menopausia tardía (mayor a 50 años): existe cierta asociación en mujeres diagnosticadas y estas características por aumento de exposición a estrógenos y progesterona a lo largo de la vida.

Paridad y edad del primer embarazo: la edad avanzada del primer embarazo de término, así como la nuliparidad se consideran predisponentes para el cáncer de mama.

Factores étnicos y raciales: en general, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres de raza negra, aunque, en esta última, existe mayor probabilidad de morir por esta enfermedad. Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de padecer y morir de cáncer de seno.

Tratamientos hormonales: existen señalamientos sobre el uso prolongado de los anticonceptivos orales por más de cinco años, también el uso antes del primer embarazo, y la administración tras un largo periodo de latencia como factores de riesgo ante la enfermedad. Con respecto al tratamiento estrogénico sustitutivo, no debe descartarse la posibilidad de ser un factor de riesgo, si es muy prolongado su uso.

Radiaciones ionizantes: depende de la edad de exposición (niñez y adolescencia) y la dosis con que fueron tratadas con radioterapia en el tórax para otro tipo de cáncer, tienen un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer de seno.

Lactancia materna: como un factor protector ante la enfermedad, la lactancia podría disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de seno, especialmente si se prolonga por más de seis meses y lo ideal es mantenerla por uno o dos años.

Actividad física: al mejorar la condición física de la mujer, también se reduce el riesgo de cáncer de seno relacionado con los problemas de sobrepeso y obesidad.

La Asociación Española contra el Cáncer sostiene “se ha podido demostrar que, gracias a la realización de campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, la mortalidad por esta enfermedad ha disminuido de una forma significativa, al menos cuando se realiza en la edad de mayor incidencia (por encima de los 50 años).”⁵²

Usualmente, el cáncer de mama no suele presentar síntomas en estadios tempranos, por lo cual es importante hacer conciencia en las mujeres sobre la importancia de análisis regulares para detección temprana.

Los signos y síntomas relacionados con el cáncer de mama son: la aparición de un nódulo en la mama que no existía, dolor mamario a la palpación, cambio de tamaño de alguna de

las mamas, irregularidades en el contorno, alteración en la piel de la mama como úlceras, cambios de color y aparición de lo que se denomina piel de naranja, cambios en el pezón, como retracción, palpación de un nódulo en la axila, salida de líquido como sangre o pus por el pezón.

Calhoun y Giuliano afirman que “la localización más frecuente del cáncer de mama es en el cuadrante superior externo, donde proporcionalmente hay más tejido mamario. Son las propias pacientes quienes descubren la tumoración, y, con menor frecuencia, el médico durante la exploración mamaria habitual”⁴⁹ (Ver Anexo 13)

En relación con el diagnóstico de este tipo de cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos⁵³ refiere los siguientes medios diagnósticos para su detección.

Historia clínica: en la cual se indagan antecedentes personales y familiares de la mujer, hábitos como alcoholismo, fumado, dieta que realiza, y otros problemas de salud.

Exploración física: mediante autoexamen de mama y examen clínico de las mamas, para detectar cambios en la consistencia de la mama, presencia de nódulos, ganglios linfáticos aumentados, observar el estado de la piel y del pezón y si hay salida de líquidos o no.

Análisis de exámenes de laboratorio: (sangre y orina) para determinar el estado de las células sanguíneas y la bioquímica renal y hepática.

Marcadores tumorales: como el antígeno cárcino-embriionario (CEA) y el CA 15-3, los cuales tienen relación directa con el cáncer de mama, y se encuentran elevados cuando existe un proceso tumoral activo.

Estudios por imágenes con ultrasonido: son complementarios a la mamografía. Ayudan a diferenciar los nódulos con contenido líquido (quistes) de las masas sólidas (que pueden ser

malignas). Son útiles en el caso de mamas densas, donde la mamografía tiene menor poder de definición.

Mamografía: según la Asociación Española contra el Cáncer⁵⁴, por medio de esta, se puede apreciar una serie de signos que indican si la lesión es sospechosa de malignidad o no. Entre ellos, se destacan calcificaciones, masas y quistes.

Biopsias: la valoración de un tumor mamario se concluye con una biopsia, la cual, puede realizarse de tres maneras.

Biopsia aspiración con aguja fina: utilizada únicamente en masas palpables.

Biopsia con aguja gruesa: se utiliza en casos de masas palpables y no palpables, su uso garantiza más toma de tejidos, lo cual es más favorable para detectar malignidad.

Biopsia abierta: cuando los resultados de la aspiración con aguja fina y biopsia con aguja gruesa, han sido discordantes con los hallazgos clínicos.

Por tanto, el personal de salud debe incentivar, a la mujer, a autoexaminar sus mamas; es importante, además, realizar revisiones generales del estado de salud, y, a partir de los 40 años, realizar adicional, al autoexamen, las mamografías como corresponde.

Finalmente, el tratamiento se establece según las características de la tumoración, el estadio TNM, la localización, edad de la paciente, la condición general, entre otros aspectos. A continuación, se explican brevemente los tratamientos más importantes.

Cirugía: su función es reducir al máximo la carga tumoral. En principio, es el tratamiento ideal en el cáncer de mama en estadio temprano (estadios I y II); en los estadios localmente

avanzados (estadio III), se prefiere iniciar el tratamiento sistémico primero para reducir la tumoración y facilitar la cirugía.

Es importante mencionar que La Sociedad Americana contra el Cáncer afirma en 2016 “El tratamiento para el cáncer de seno en las etapas I a III generalmente incluye radioterapia y cirugía, a menudo con quimioterapia u otros tratamientos con medicamentos antes o después de la cirugía”⁵⁵. Además, mencionan que “por lo general, el tratamiento para el cáncer de seno en etapa IV consiste en terapias sistémicas (medicamento)”⁵⁵

Radioterapia: técnica utilizada para obtener un control locorregional óptimo y disminuir el riesgo de recaída a distancia. La radioterapia se realiza sobre la mama después de un tratamiento conservador, en algunos casos sobre la pared torácica después de mastectomía.

Tratamiento sistémico: Los tratamientos sistémicos complementarios al tratamiento locorregional, utilizados en la actualidad, son la hormonoterapia, la quimioterapia y los tratamientos biológicos.

Hormonoterapia: benefician a usuarias con tumores que expresan receptores hormonales en las células neoplásicas (alrededor del 60% de los cánceres de mama). El estímulo de estos receptores inicia la proliferación de la célula neoplásica, por lo que la hormonoterapia tiene, como finalidad, evitar al máximo el estímulo hormonal sobre la célula tumoral. Los fármacos más utilizados son el tamoxifeno, los inhibidores de la aromatasa, y los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas.

Quimioterapia: utilizada depende del tipo histológico al que pertenezca el cáncer, lo cual se determina con estudios de biología molecular. Los regímenes de quimioterapia,

utilizados en la actualidad, contienen en su mayoría antraciclinas y taxanos, que tienen una significativa ventaja sobre otros quimioteráuticos.

2.1.2 El autoexamen de mama desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia y su impacto en el diagnóstico temprano de las lesiones de mama.

El autoexamen de mama es una práctica promovida desde la década de los años cincuenta, como un método para el diagnóstico temprano de la enfermedad, cuya finalidad primordial consiste en ayudar a disminuir la morbi-mortalidad en mujeres a nivel mundial.

El Manual de Procedimientos de Enfermería de la Caja Costarricense de Seguro Social define autoexamen de mama como: “Técnica manual para la exploración física de las mamas que permite identificar protuberancias anormales.”⁵⁶ Así mismo, debe cumplir una serie de acciones que se describen a continuación.

Paso 1: Debe iniciarse con la observación de los senos. La mujer debe ubicarse de pie, frente al espejo con ambos senos descubiertos, elevar ambos brazos y observar si hay diferencia en los senos, su forma y tamaño deben ser simétricos, también deben observar cambios en la posición del pezón. Además, valorar la retracción del pezón o de otras áreas cutáneas, edema de la piel, ulceraciones o escoriaciones, aumento de la vascularidad, enrojecimiento cutáneo.

Paso 2: La palpación en el autoexamen requiere de entrenamiento y disciplina. Se utilizan las yemas de los dedos comprimiendo suavemente los tejidos. Se debe colocar la mano derecha detrás de la cabeza, elevando el codo y con la yema de los dedos de la mano izquierda, examinar la mama derecha iniciando la palpación del seno desde el borde hacia

el pezón con movimiento circulares, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, y valorar la presencia de masas o dolor en el seno.

Paso 3: El pezón debe ser examinado presionándolo suavemente con el dedo pulgar e índice con el fin de valorar salida de secreción o sangrado.

Paso 4: Finalmente, examinar la axila y la región infraclavicular con la yema de los dedos, con el fin de distinguir crecimiento ganglionar en esas áreas. Del mismo modo, el autoexamen debe ser repetido en la mama, la axila y bajo la clavícula izquierda.

Paso 5: Repetir los pasos 2, 3 y 4 de la técnica acostada en la cama o en una superficie plana, colocando una almohada bajo la espalda para una adecuada posición de la mama y facilitar la palpación; de igual manera, palpar la axila y bajo la clavícula. (Ver Anexo 14)

De esta forma, el autoexamen de mama constituye una forma de conocer, a través de los sentidos, y en forma sistematizada o metódica, la normalidad propia de la glándula mamaria, de manera que se identifique cualquier irregularidad o cambio asociado a lesión de la mama.

Soto afirma que el autoexamen de mama es una técnica preventiva que consiste en “la inspección y palpación con la finalidad de encontrar alguna lesión de sospecha. A pesar que muchos trabajos científicos demostraron que, por sí solo, el autoexamen no disminuye las tasas de mortalidad por cáncer de mama, su correcta realización permitirá reconocer cualquier modificación.”³⁶

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud sostiene que “se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.”³

Caycedo, en el 2006, afirma la importancia del autoexamen mamario ya que “las mujeres en 70% de los casos descubren las masas. Aquellas que, de manera rutinaria, practican su autoexamen, pueden llegar a detectar lesiones definidas en más del 85% de los casos.”⁵⁷

Actualmente, y de acuerdo con Chave “la evidencia disponible indica que la autoexploración mamaria tiene una sensibilidad de 26 a 41 % en comparación con el examen clínico y la mastografía. Los datos epidemiológicos indican que en México y en otros países en desarrollo la mayoría de los cánceres de mama son encontrados por la propia mujer.”⁵⁸

Por lo tanto, en materia de salud preventiva, se evidencia la necesidad de promover el autoexamen de mama en todas las mujeres a través de toda la vida. Sin embargo, no debe ser utilizada como único método de detección de la enfermedad mamaria.

Es importante mencionar que existe cierta dificultad en la palpación de las glándulas mamarias, ya que la sensibilidad depende del factor humano y de la precisión con la que se lleve a cabo; por lo tanto, el profesional de salud debe motivar a complementar la técnica, con el examen clínico y estudios de imágenes. De igual forma, siempre debe motivarse a la mujer para que realice el autoexamen, lo cual mejora la sensibilidad en la palpación de los senos.

Es fundamental que la mujer, al realizar el autoexamen de mama, se encuentre motivada y, además, tenga confianza en sus propias habilidades al palpar; y de encontrar algún hallazgo anormal, buscar pronto intervención de un profesional en salud.

En cuanto a su precisión, Rivas et al. afirman que “con el autoexamen de mamas se detectan 26% de los cánceres mamarios, en comparación con 45% con examen clínico de mamas, y 71% con la mamografía.”⁵⁹

Benia y Tellechea¹³, en el 2000, sostienen también la importancia del autoexamen de mama como método diagnóstico, ya que los mejores resultados se basan en la implementación de tres medidas: la enseñanza y práctica del autoexamen de mama, examen clínico médico de la mama y de las regiones ganglionares satélites, y el estudio radiológico de la mama con la finalidad de detectar la enfermedad en estadios iniciales.

La autoexploración es el primer medio con el que cuenta la mujer para descubrir cambios morfológicos en sus senos. Entre los beneficios que posee esta práctica, destacan que se realiza en minutos, no es invasiva (por lo que no produce daños al tejido mamario), se puede realizar en el hogar, y es un método al alcance de toda la población.

Es importante mencionar, además, en relación con la historia natural del cáncer de mama, propiamente en los estadios iniciales, hay ausencia de signos o síntomas clínicos, factor que dificulta la detección precoz de la patología. Esta situación perjudica en especial a las mujeres de edad avanzada y de nivel socioeconómico más bajo, razón por la cual debe brindarse educación en relación con la práctica del autoexamen y medidas preventivas del cáncer de mama.

Con respecto a la utilidad del autoexamen, Sardiñas, en 2009, menciona que “no se ha demostrado que la autoexploración rutinaria reduzca la mortalidad por cáncer de mama ni que sea preferible a la detección rutinaria mediante mamografía; no obstante, los tumores

detectados mediante esta técnica suelen ser de menor tamaño, asociarse con un mejor pronóstico y ser más fácilmente tratables mediante cirugía conservadora.”³⁰

Ammer, por otra parte, afirma “cuatro de cada cinco bultos mamarios detectados en el autoexamen resultan ser quistes u otra lesión benigna. No obstante, si se encuentra un bulto es esencial determinar lo antes posible si es canceroso o no.”⁶⁰

Es necesario que el profesional de salud brinde información clara sobre las lesiones benignas y la importancia del seguimiento respectivo de las mismas. Por medio del autoexamen de mama o el examen clínico, la mayoría de hallazgos son realizados a tiempo, hecho que destaca la importancia de llevarlo a cabo.

Por otra parte, según Chave, la mamografía “es el único método de tamizaje que ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama. Con esta técnica, puede detectarse un cáncer de mama de 2 mm; no identificable al tacto, por lo que se considera el estándar de oro en el tamizaje de la enfermedad, tiene una sensibilidad del 77-95% y una especificidad del 94 a 97%.”⁵⁸

Sardiñas considera que, la mamografía es la prueba de mayor validez para el diagnóstico de lesiones preclínicas en el cáncer de mama. “Su efectividad radica en que tiene más de 70 % de cobertura en las mujeres de edad de riesgo (50-64 años), en un riguroso control de la calidad, ofrece un seguimiento adecuado de los casos sospechosos y tratamiento de los positivos.”³⁰

Lastimosamente, el uso de mamografías en regiones vulnerables es difícil de implementar, debido a factores socioeconómicos. De ahí, la necesidad de promover el examen clínico y el autoexamen de mama para diagnosticar casos oportunamente. Dado lo costoso de la

mamografía, que requiere de equipo y personal altamente especializado, para la mayoría de países en vías de desarrollo, el examen físico y el autoexamen de mamas son los métodos más factibles.

De esta manera, en Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social, en el 2016, ha incrementado la atención de controles mamográficos. No obstante, entre el 2012 y 2015, se reportan atrasos con las citas y lectura de las mamografías, lo cual genera preocupación y disconformidad en las usuarias, ya que muchas de ellas no cuentan con recursos económicos para realizarse mamografías en centros de salud privados.

Calhoun y Giuliano destacan que “la mamografía y la exploración física son complementarias. Aproximadamente del 10% al 50% de los cánceres detectados por mamografía no son palpables, mientras que la exploración física detecta del 10 al 20% de los cánceres no observados con la mamografía”⁴⁹

Por lo anterior, si las mujeres realizan el autoexamen mamario mensualmente, como parte de su autocuidado, pueden reducirse significativamente las cifras de mujeres diagnosticadas en etapas avanzadas, lo cual genera mayores posibilidades de supervivencia frente a la enfermedad.

A la fecha, el uso de la mamografía es recomendada a partir de los 40 años de edad, por lo que, en mujeres jóvenes, debe incentivarse fuertemente el autoexamen de mama. Los profesionales de salud tienen la obligación de educar, a las mujeres, facilitando el mejorar, poco a poco, las prácticas de prevención y autoexploración.

En cuanto a la periodicidad, Soto³⁶ menciona que la realización del autoexamen es recomendada una vez al mes, siete días después del periodo menstrual, ya que, en esa

fecha, disminuye la sensibilización mamaria. El autoexamen debe ser practicado desde la adolescencia y se recomienda durante toda la vida.

Cuando la mujer está embarazada, o se encuentra en periodo menopaúsico, debe fijar un día al mes y realizar la técnica del mismo modo. Destaca también la importancia de la regularidad mensual del autoexamen, ya que permite, a la mujer, conocerse, e identificar tempranamente algún cambio en el tejido mamario mediante palpación y observación.

De esta forma, el profesional en salud debe orientar sobre prevenir el desarrollo de enfermedades mediante disminución de los factores de riesgo, educación continua y estilos de vida saludable.

En conclusión, la enfermería desempeña un rol sumamente importante en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Educar a las mujeres desde la prevención primaria tiene como finalidad disminuir la incidencia de enfermedades crónicas, como en el caso del cáncer de seno.

Así mismo, en la prevención secundaria y terciaria, la intervención del profesional en enfermería es necesaria para mejorar las condiciones de vida, ya sea como parte de la curación, a través de la quimio y radioterapia, y el seguimiento y apoyo a mujeres mastectomizadas, así como brindando cuidados paliativos y mejorando la calidad de vida de las mujeres afectadas.

2.1.3 Influencia de factores socioeconómicos en la salud y percepción social sobre el cáncer de mama.

Los factores socioeconómicos reúnen una serie de componentes, que caracterizan una población determinada; es decir, son las características sociales y económicas en que viven las personas. Crepeau, Cohn y Schell afirman que el nivel socioeconómico “se utiliza para referirse a los logros como ocupación, educación e ingresos de individuos y grupos. Estas categorías tienen un nivel de prestigio o de poder social”⁶¹

Hidalgo y Cantalejo, con respecto a factores socioeconómicos, sostienen “a mayor nivel de estudios y clases sociales más privilegiadas la percepción de la propia salud es mejor tanto para los hombres como para las mujeres. Tienen peor salud percibida las clases sociales de menor nivel educativo e ingresos y siempre peor las mujeres que los hombres”⁶²

Por lo tanto, es necesario incentivar las estrategias educativas en la población costarricense. Las diferencias actuales repercuten directamente en niveles de ingresos, oportunidades y atención sanitaria, lo cual aumenta la brecha social y grandes desequilibrios en materia de salud.

La Organización Mundial de la Salud explica que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Entre los factores sociales, que pueden intervenir en el conocimiento de las mujeres sobre el autoexamen de mama, destacan.

Edad: es un factor importante en la valoración del profesional de salud, ya que al aumentar esta, se incrementa también el riesgo de padecer cáncer de mama. La Organización Americana Breast Cáncer afirma que “la cantidad de casos de cáncer de mama metastásico diagnosticados en mujeres de 25 a 39 años aumentó en un 2,1 % por año de 1976 a 2009.

Las mujeres de todas las razas y grupos étnicos se vieron afectadas, y los aumentos se produjeron en las áreas urbanas, suburbanas y rurales. El mayor aumento se observó en mujeres de 25 a 34 años.”⁶³

Lamentablemente, las adolescentes y jóvenes, por su condición particular, acuden a controles médicos, solamente cuando se presenta un problema de salud, y no como práctica preventiva, lo cual dificulta un hallazgo en etapas tempranas de enfermedad.

Nivel educativo: la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) afirma su importancia en la sociedad “la educación es un medio decisivo de afrontar la pobreza que hace más probable que hombres y mujeres no solo tengan un empleo sino que sea más seguro y proporcione mejores condiciones de trabajo y un salario decente. La educación también sienta las bases de un crecimiento económico más sólido y a más largo plazo.”⁶⁴

El factor económico favorable garantiza que mejoren las condiciones, tanto preventivas como curativas en la atención de la salud, propiciando consultas nutricionales, exámenes de control, medicamentos de buena calidad y posibilidades de rehabilitación.

Cuando la mujer posee un mayor nivel educativo, tiene mayor comprensión e interés por temas relacionados con el cuidado de su salud y la de su familia. De esta forma, las estrategias de educación sanitaria deben adaptarse según el nivel educativo, que tiene la población, adecuándose a diferentes escenarios y necesidades.

Vivienda: Santa María⁶⁵ establece que las características del hogar donde se habita, el acceso a servicios básicos, exposición a contaminación, posibilidades de recreo y

esparcimiento, acceso a servicios de salud, agua potable y ubicación tienen que ver directamente con el compromiso o mejora del estado de salud.

Las exposiciones medioambientales están ligadas a la aparición de enfermedades, entre ellas el cáncer de mama. Diversos factores tienen relación con el origen de esta enfermedad, por ejemplo el elevado consumo de grasas, la exposición al fumado, a los anticonceptivos orales, los alimentos que se consumen en el hogar, los factores estresantes o condiciones adversas que enfrenta la familia, pueden favorecer al deterioro de la salud.

En relación con lo anterior, el entorno, en el cual se desarrolla la mujer, repercute directamente en su calidad de vida. Por lo tanto, debe incrementarse, en las comunidades, las medidas preventivas y detección precoz del cáncer de mama.

Estado civil: Feldman⁶⁶ sostiene que, cuando se es soltera, jefa de hogar, o madre divorciada, la mujer suele asumir y satisfacer las necesidades propias y de los miembros de su familia, descuidando, en muchas ocasiones, la propia salud, o posponiendo el control preventivo a la enfermedad.

Por otra parte, las mujeres casadas, que también cumplen varios roles, por ejemplo, madre, esposa y trabajadora, están más propensas a conflictos en su vida diaria. En cierta medida, muchas de ellas experimentan niveles de estrés más elevados, al tratar de desempeñarse de la mejor manera.

En la actualidad, existen aún muchas desigualdades de género, aunque ahora el cónyuge es incentivado a involucrarse en las tareas del hogar. Las mujeres casadas, en su mayoría, son las que asumen la mayor parte de la tarea doméstica y, además, la atención de los hijos,

especialmente cuando estos son pequeños, lo cual también puede repercutir en su atención de salud preventiva del cáncer de mama.

Paridad: en relación con la patología maligna mamaria, tener hijos, antes de los 30 años de edad, ofrece un factor protector según la Sociedad Americana contra el Cáncer⁵¹ Por el contrario, factores como la nuliparidad y tener el primer hijo después de 35 años de edad aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama.

Así mismo, tras el embarazo, brindar lactancia materna por más de seis meses protege a la mujer contra el cáncer de mama. Su beneficio es reconocido según afirma la Organización Breast Cáncer⁶³ pues fomenta estilos de vida saludable en las mujeres, que amamantan, para producir leche materna nutritiva. Además, producir leche constantemente limita la capacidad del desarrollo tumoral las células mamarias, y, al amamantar, los niveles de estrógeno disminuyen considerablemente, lo cual es beneficioso para las mamas.

Ocupación: asociada a una adecuada o limitada fuente de ingresos económicos, define la posición e identidad social. Una mayor remuneración aumenta las posibilidades de atención en centros de salud, de servicios y de estilos de vida saludable.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que la ocupación “también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social.”⁶⁷

Costa Rica, en los últimos años, presenta un incremento en la tasa de desempleo, lo cual agrava la situación social del país. La salud y la estabilidad económica se encuentran directamente relacionadas, ya que muchas mujeres, que asisten a atención médica del seguro social, pierden el beneficio o control preventivo al no tener empleo y seguro.

En conclusión, la carencia de factores socioeconómicos favorables genera impacto negativo en materia de salud. Al pertenecer a un nivel vulnerable, existe la tendencia a uso de drogas y alcohol, recurrencia de enfermedades, acceso a servicios de salud y educativos limitados, y carencia de una alimentación balanceada.

Por el contrario, las personas, que tienen facilidades socioeconómicas, satisfacen sus necesidades al tener más opciones a su disposición, gozan de mejores condiciones y su entorno es mucho más favorable.

Por otra parte, en relación con la percepción social del cáncer de mama, las personas diagnosticadas con la enfermedad han evidenciado no solo la afectación física, sino que también, enfrentan dificultades al modificar su vida cotidiana, sus hábitos y costumbres; sus relaciones interpersonales y laborales también cambian en torno a nuevos retos por sobrellevar.

Por lo tanto, lo ideal es implementar las prácticas de prevención del cáncer de mama, pues tiene una gran relevancia a nivel personal, familiar y colectivo, donde el fomento del autocuidado es una medida imprescindible para garantizar estilos de vida saludable, y sociedades menos enfermas.

El diagnóstico de cáncer genera, en muchas ocasiones, un panorama negativo y pérdida de independencia de la persona. En la usuaria afectada, surgen, además, sentimientos de negación, culpa, ira, así como las necesidades de cuidados especiales que determinan su recuperación y sobrevida.

En algunas culturas, en relación con creencias y actitudes, se dificulta, en la mujer, la adhesión a los métodos de diagnóstico precoz, ya que no se les insta a practicar las medidas

enfocadas a la prevención. En muchos países, aún se desvaloriza la mujer, se mantienen restricciones de tipo moral, y su capacidad de decisión dentro de la familia está dominada por el padre o el esposo, quienes pueden limitar los derechos más básicos. Lamentablemente, esta situación suele agravarse en mujeres de bajos recursos económicos, donde la falta de educación repercute en su autocuidado.

La mujer percibe el cáncer de mama con temor, asociado al cambio que representa en su vida, debido a que socialmente se le atribuye el rol de cuidadora de las necesidades familiares. Por esta razón, tiende a minimizar sus síntomas y a aplazar la búsqueda de atención médica, lo cual impide, en muchos casos, tener un diagnóstico más favorable.

Por otra parte, existen una serie de tabús, con respecto a la palpación de los senos en la población femenina, por ejemplo, algunas mujeres sienten vergüenza al ser valoradas por un médico, incluso si es de su mismo sexo; otras sienten profundo temor a la autoexploración.

Otra situación sociocultural por considerar es que, durante la juventud, el joven cree que está “exento de enfermedad alguna”, siendo esta concepción errónea ya que el cáncer de mama presenta un pico de aceleración entre los 40-50 años (tumores hormono-dependientes), y otro incremento en el intervalo de 60-70 años (sin relación con el estado hormonal). A partir de esta edad, se da un ascenso en forma más lenta; por tanto, deben realizarse controles desde las edades tempranas.

Nigenda et al sostienen “algunas mujeres no acuden a la consulta a pesar que se hayan podido detectar un abultamiento en el seno. Esto se debe a la posibilidad de que les digan que es “maligno”, que es cáncer en definitiva, prefieren no saber a “buscarle una

explicación”. Ese miedo al cáncer es porque existe una concepción que va más allá de “cáncer sinónimo de muerte”, más bien que tener cáncer es sinónimo de ser privada de una parte de su cuerpo que la hace ser mujer.”⁶⁸

El papel del cónyuge de una mujer diagnosticada con cáncer de mama no siempre resulta favorecedor para la enferma. La falta de comunicación dificulta la permanencia y apoyo. Algunas parejas responden con abandono conforme avanza la enfermedad.

Por otra parte, uno de los aspectos más afectados en la pareja, al enfrentar el cáncer de mama es la vida sexual, que cambia drásticamente por la incapacidad de reaccionar de la pareja y el distanciamiento sexual de la mujer por depresión, pérdida de la libido, caída del cabello, mastectomía, y demás factores añadidos.

En cuanto a la atención, que se ofrece a las mujeres con cáncer de mama, hay disponibilidad tanto de instituciones públicas como privadas. El diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de la patología de manera integral posibilitan que aspectos socioculturales sean tomados en cuenta para mejorar el impacto a gran escala.

La población actual escucha hablar del cáncer de mama, exámenes clínicos, medicamentos y cirugía, así como la atención de un equipo interdisciplinario, los cuales, buscan satisfacer las necesidades de la usuaria con cáncer en el transcurso de la enfermedad.

Al respecto Nigenda et al, afirman “el hecho de que las mujeres cuenten con redes de soporte social hace que puedan acceder a un diagnóstico más oportuno en países en desarrollo, ya que estas actúan mejorando la calidad y la frecuencia con las que ellas se realizan pruebas de tamizaje como el autoexamen y la mastografía”⁶⁸

En conclusión, la influencia sobre el cáncer de mama de los aspectos socioculturales se manifiesta como factores adyuvantes; o por el contrario, limitantes de una atención oportuna e integral.

La mujer, que enfrenta un proceso oncológico, debe recibir acompañamiento por parte del personal de salud sobre la necesidad de aceptación y empoderamiento para el control de la enfermedad de modo que estimule mejorar su condición.

2.1.4 Teorizante de Enfermería.

Esta investigación se fundamenta en la teoría de Dorothea Orem, específicamente en la “Teoría del autocuidado” como herramienta para mejorar la calidad de vida en las mujeres, de modo que permita colaborar en la detección precoz del cáncer de mama.

Orem nace en Baltimore Maryland, el 15 de julio de 1914 y fallece el 22 de junio de 2007. Se considera una de las enfermeras teóricas estadounidenses más sobresalientes en la profesión, por ser una mujer visionaria al dirigir sus cuidados en beneficio de la población. Sus objetivos no solo se enfocan en las necesidades, sino que, además, orienta a la persona a formar parte del autocuidado con una perspectiva protectora.

Berbiglia y Banfield describen la definición de autocuidado dada por Orem como: “práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.”⁶⁹

En relación con lo anterior, los profesionales en salud deben orientar, a las mujeres, sobre estilos de vida que favorezcan su salud, de modo que permita detectar tempranamente

cambios en la mama. Al educar y promover el autocuidado en la población femenina, se establecen las herramientas necesarias para que se actúe con responsabilidad y, al mismo tiempo, se trabaje en estrategias preventivas.

El empoderamiento de la mujer en relación con el cuidado de su salud se logra al comprender la importancia de establecer hábitos de conductas para mantenerse sana, evitar drogas y alcohol, fomentar el ejercicio y el descanso adecuado, así como reducir el estrés; estas son parte de las estrategias beneficiosas que requieren las personas.

Controlar la salud por medio del autoexamen de mama, junto a estudios como ultrasonido y mamografía, son prácticas esenciales, de manera que se alcance la igualdad en conocimiento y oportunidades en cada una de las mujeres para detectar el cáncer de mama en sus inicios.

Por lo tanto, la participación activa de las mujeres de la comunidad en el autocuidado de su salud hace que disminuyan mitos y creencias en relación con el cáncer como sinónimo de muerte; y por el contrario, sea reconocido como enfermedad crónica que puede ser curada por completo.

La Teoría del autocuidado de Orem define tres requisitos; es decir, actividades que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

1. Autocuidado universal: son comunes para todos los individuos; incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

En relación con el autocuidado universal, existen factores que pueden colaborar en la prevención de enfermedades crónicas como el cáncer; por ejemplo un entorno saludable, alimentación balanceada, realizar actividad física diaria y el descanso adecuado.

Por otra parte, la interacción social también se relaciona con el autocuidado; puede influir de manera positiva o negativa en la salud, según las condiciones y el medio cultural en que conviven las personas.

2. Autocuidado del desarrollo: condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en el desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

El cambio morfológico mamario se acelera al alcanzar la pubertad. Posteriormente, en las distintas etapas de la vida, también se presentan variaciones en los senos. Por lo tanto, el profesional de salud debe incentivar la práctica del autoexamen de mama y la importancia de realizarlo a partir de los 20 años de edad. Al educar desde edades tempranas, se fomentan hábitos, lo que favorece la detección temprana de lesiones y una atención de calidad.

3. Autocuidado de desviación de la salud: estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión.

La capacidad de autocuidado en la mujer con cáncer de mama debe ser valorada por el equipo de salud desde diversos aspectos, entre ellos, el estado físico de la usuaria, el ambiente familiar que fomente apoyo para afrontar la enfermedad, la capacidad del control de emociones y capacidad funcional de la usuaria, para que no se sienta apartada de sus

roles cotidianos tras la enfermedad. El profesional de salud debe guiar el autocuidado según las debilidades encontradas, para mejorar la calidad de vida de la mujer.

Schneider, Pizzinato, y Calderón, según Orem, sostienen que “el autocuidado es entendido como una habilidad adquirida en la cual se hace uso de los conocimientos necesarios y oportunos para el propio cuidado. Si se aplica de forma eficaz, las actividades que la persona realiza pueden generar la conservación de su vida, regular los procesos vitales y desarrollar bienestar y salud”⁷⁰

Berbiglia y Banfield afirman que “el autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.”⁶⁹

En relación con el autocuidado, la presente investigación pretende indagar sobre el conocimiento del autoexamen de mama en las mujeres de la Municipalidad de La Unión, con la finalidad de reforzar esta práctica; de igual manera, educar sobre el cáncer de mama y los factores de riesgo de la enfermedad. Además, incentivar, a las participantes, para modificar estilos de vida poco saludables, los cuales se han demostrado relacionados con la patología.

El autocuidado puede ser fortalecido, por ejemplo con intervenciones educativas como encuentros de profesionales con usuarios de la salud en un espacio de talleres, con videos y folletos informativos que trabajen la concientización de los factores de riesgo y de protección.

En conclusión, el profesional de enfermería como facilitador del conocimiento en salud debe promover el autocuidado en las mujeres por medio del autoexamen de mama, con el objetivo de guiar hacia su detección precoz, de modo que permita generar un cambio en la sociedad costarricense y minimizar el daño de la enfermedad.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo, debido a que se realiza de forma secuencial y probatoria, siguiendo un riguroso orden mediante etapas. Además, la recolección de los datos se fundamenta en la medición de variables, mediante procedimientos estandarizados y científicamente aprobados. Finalmente, los datos son analizados a través de métodos estadísticos con el fin de ver el efecto de las variables sin ser manipuladas durante el periodo establecido.

La finalidad del estudio es demostrar cuáles son los factores socioeconómicos que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama. El instrumento para investigar es el cuestionario. Los datos suministrados poseen estándares de validez y confiabilidad, los cuales permiten generar nuevos conocimientos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es tipo descriptivo, debido a que se recolecta información conjunta para describir los factores socioeconómicos y el conocimiento del autoexamen de mama en un grupo de población de mujeres, en edad específica de 18 a 65 años en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de análisis de la presente investigación corresponde a cada mujer de 18 a 65 años de edad, funcionarias de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

3.3.1 Población.

En la elaboración del presente estudio, se incluye en total 80 mujeres entre 18 a 65 años que laboran en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

3.3.2 Muestra

Al considerar los criterios de inclusión y exclusión, se toma como muestra a 78 mujeres entre las edades de 18 a 65 años que laboran en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión para la presente investigación son los siguientes.

- Mujeres de 18 a 65 años cumplidos.
- Trabajadoras activas de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago.
- Mujeres con un año de laborar como mínimo.
- Ser alfabeta.

Entre los criterios de exclusión se encuentran los siguientes.

- Trabajadoras de la Municipalidad de La Unión que se no se encuentren presentes al recopilar la información (por incapacidad o en periodo de vacaciones).

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica de recolección, que se utiliza para la recopilar datos en la presente investigación, es el cuestionario.

El cuestionario permite recolectar información para analizar los factores socioeconómicos, que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en las mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago.

La forma de aplicación del cuestionario corresponde a la modalidad autoadministrada. El instrumento está estructurado en cuatro partes: datos sociodemográficos, factores de riesgo para el cáncer de mama, conocimiento relacionado con el autoexamen de mama, y relación entre factores socioeconómicos y el conocimiento del autoexamen de mama, todo en concordancia con los objetivos que se plantean al inicio del estudio.

El contenido de preguntas del cuestionario está compuesto por preguntas cerradas dicotómicas, en las cuales las mujeres deben elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta. También se incluyen interrogantes de opción múltiple, que comprende las posibles respuestas por elegir.

3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario.

En la presente investigación, el cuestionario se valida por medio del análisis de una muestra de $n= 20$ cuestionarios, calculando el Alpha de Cronbach, el cual otorga un nivel de

confiabilidad deseado de 60%; este coeficiente es una media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala.

Para realizar este cálculo, se toman en cuenta las preguntas: 7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26; que están relacionadas con factores de riesgo del cáncer de mama y cumplen la estructura binaria según la respuesta.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación es de tipo no experimental, ya que se observa el fenómeno en su contexto natural, sin manipular las variables en estudio para su análisis.

Corresponde, además, a un estudio transversal, pues se realiza únicamente en un periodo cronológico establecido, en el cual se reúne la información brindada por las trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
Caracterizar aspectos sociodemográficos de la población de mujeres de 18-65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017	Aspectos socio-demográficos	Análisis a partir del estudio estadístico de las características sociales de una población determinada	Características sociodemográficas de cada trabajadora de la Municipalidad de La Unión de Tres Ríos	Demográfica	Edad	Cuestionario pregunta 1
				Demográfica	Estado civil	Cuestionario pregunta 2
				Educativa	Escolaridad	Cuestionario pregunta 3

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
Reconocer los factores de riesgo del cáncer de mama presentes en las mujeres de 18 a 65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos Cartago, I cuatrimestre, 2017.	Factores de riesgo del cáncer de mama.	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Cualquier vulnerabilidad que aumente las probabilidades de padecer cáncer de mama.	Salud	Edad de la primera menstruación	Cuestionario pregunta 7
				Salud	Antecedentes personales de cáncer	Cuestionario pregunta 8
				Salud	Antecedentes familiares de cáncer de mama	Cuestionario pregunta 9
				Factores personales	Cantidad de hijos	Cuestionario pregunta 10
				Factores personales	Edad del primer embarazo	Cuestionario pregunta 11
				Factores personales	Brindó lactancia por más de 6 meses	Cuestionario pregunta 12

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
				Factores personales	Utiliza anticonceptivos por más de 5 años	Cuestionario pregunta 13
				Salud	Ausencia de menstruación por más de 1 año	Cuestionario pregunta 14
				Factores personales	Utilizó terapia de reemplazo hormonal	Cuestionario pregunta 15
				Factores personales	Consumo de frutas	Cuestionario pregunta 16
				Factores personales	Cantidad de consumo de frutas diarias	Cuestionario pregunta 17

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
				Factores personales	Consumo de vegetales	Cuestionario pregunta 18
				Factores personales	Cantidad de consumo de vegetales diarios	Cuestionario pregunta 19
				Factores personales	Consumo de comida rápida	Cuestionario pregunta 20
				Factores personales	Cantidad de consumo de comida rápida	Cuestionario pregunta 21
				Factores personales	Tiene el hábito del fumado	Cuestionario pregunta 22
				Factores personales	Tiempo de fumado (años)	Cuestionario pregunta 23

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
				Factores personales	Realiza ejercicio físico	Cuestionario pregunta 24
				Factores personales	Frecuencia con que realiza ejercicio físico	Cuestionario pregunta 25
Identificar el conocimiento sobre el autoexamen de mama en mujeres de 18 a 65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.	Autoexamen de mama.	Técnica manual para la exploración física de las mamas que permite identificar protuberancias anormales.	Información de la técnica de autoexamen de mama que poseen las trabajadoras de la Municipalidad de La Unión para la una adecuada exploración.	Educativa	Realiza el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 26
				Educativa	Frecuencia con que realiza el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 27
				Educativa	Medio por el cual recibió información sobre el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 28

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
				Educativa	Momento del ciclo menstrual en que realiza el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 29
				Educativa	Lugar donde realiza el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 30
				Educativa	Cómo realiza el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 31
				Educativa	Técnica que utiliza para el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 32

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
				Educativa	Áreas que incluye en el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 33
				Educativa	Motivo por el cual no realiza el autoexamen de mama	Cuestionario pregunta 34
Relacionar factor socioeconómico y conocimiento del autoexamen de mama en mujeres de 18 a 65 años trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017	Factores socio-económicos	Factores que reúnen las características sociales y económicas en que viven las personas.	Factores de índole social y económico que inciden en los estilos de vida y se asocian al cáncer de mama.	Económica	Vivienda	Cuestionario pregunta 4
				Económica	Ingreso económico único para la manutención familiar	Cuestionario pregunta 5
				Económica	Salario mensual	Cuestionario pregunta 6

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición Instrumental
	Conocimiento.	Conjunto de información que posee una persona almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.	Conocimiento que poseen las mujeres sobre generalidades del autoexamen de mama y las medidas preventivas de la enfermedad.	Educativa	Toda masa en el seno se debe a cáncer	Cuestionario pregunta 35
				Educativa	Acciones para prevenir el cáncer de mama	Cuestionario pregunta 36
				Educativa	Edad adecuada para realizar la mamografía	Cuestionario pregunta 37
				Educativa	Signos de alerta ante el cáncer de mama	Cuestionario pregunta 38
				Educativa	Acciones que favorecen la prevención del cáncer de mama	Cuestionario pregunta 39
				Educativa	Acciones que inciden en la prevención del cáncer de mama	Cuestionario pregunta 40

3.7 PLAN PILOTO

Con el objetivo de validar el instrumento utilizado en la presente investigación, se aplica el cuestionario a una muestra de 20 mujeres entre las edades de 18 a 65 años de la Municipalidad de Curridabat, para determinar si las participantes comprenden las preguntas y corregir las posibles dificultades que encuentren a la hora responder las interrogantes planteadas.

De esta manera, de ser necesario, se reestructuran las preguntas, de manera comprensible con la finalidad de aplicar y analizar los resultados del instrumento.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Análisis e interpretación de datos

A continuación, se presenta el análisis de datos obtenido mediante la aplicación de un cuestionario a las mujeres de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, durante el I cuatrimestre del 2017, acerca de factores socioeconómicos que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama.

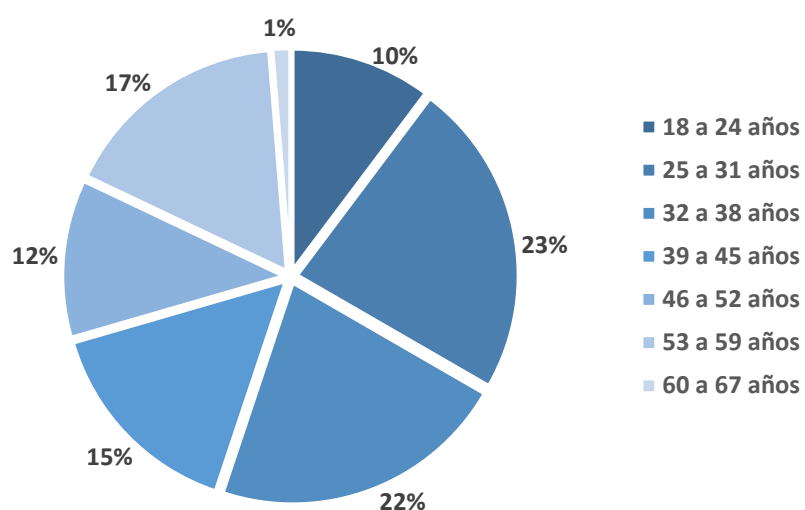


Figura N°1. Distribución porcentual según rango de edad, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°1 refleja que existe un 10% de trabajadoras que tiene de 18 a 24 años; 23%, de 25 a 31 años; 22%, de 32 a 38 años; 15%, de 39 a 45 años; 12%, de 46 a 52 años; 17%, de 53 a 59 años; y solo 1% tiene más de 60 años.

En relación con el cáncer de mama, diversas investigaciones señalan que existe mayor incidencia en mujeres mayores de 40 años, lo cual implica que un 45% de la población en estudio posee el factor de riesgo asociado a la edad.

Es importante destacar que la cifra de mujeres jóvenes diagnosticadas con cáncer de mama se ha incrementado en las últimas décadas. El mayor aumento se observa en mujeres de 25 a 34 años. La Asociación Brest Cáncer afirma que, en mujeres menores de 40 años ya diagnosticadas, el cáncer resulta muy agresivo y difícil de curar.

En relación con lo anterior, el 55% de las mujeres participantes tienen 40 años o menos, y es de suma importancia que realicen controles preventivos desde temprana edad, en especial si presentan antecedentes heredo-familiares de cáncer.

Por lo tanto, al ser la edad un factor de riesgo no modificable, las mujeres deben aplicar y desarrollar habilidades en autoexploración mamaria, acompañado de estudios de imagen como mamografía y ultrasonido; además, de implementar y mantener estilos de vida saludable que le permitan reducir la probabilidad de enfermar.

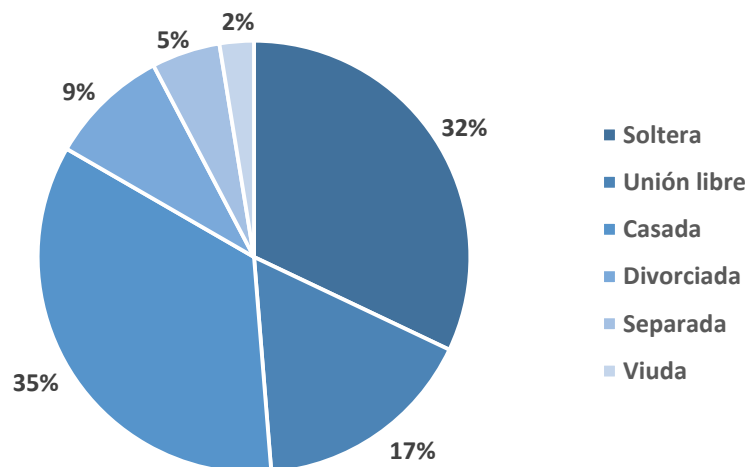


Figura N°2. Distribución porcentual según estado civil, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En relación con la figura anterior, 32% de las participantes son solteras; 17% conviven en unión libre; 35% son casadas; 9% divorciadas; 5% separadas; y 2% viudas.

El mayor porcentaje de mujeres (52%) cuenta con una pareja estable, hecho que podría asociarse a una mayor estabilidad socioeconómica. La Universidad de Granada (España) en 2012 realiza una investigación, en la cual revela que las mujeres, que cuentan con el apoyo de una pareja, tienen mayor sobrevida ante la presencia de una enfermedad crónica.

Por el contrario, el restante 48% de las mujeres debe velar por su propia salud sin ayuda, lo cual puede relacionarse con desatención de salud preventiva. Feldman afirma, en su estudio sobre salud pública, que en mujeres sin pareja estable hay un incremento de estrés, consumo de sustancias nocivas e incluso problemas depresivos, lo cual puede afectar la salud física y mental.

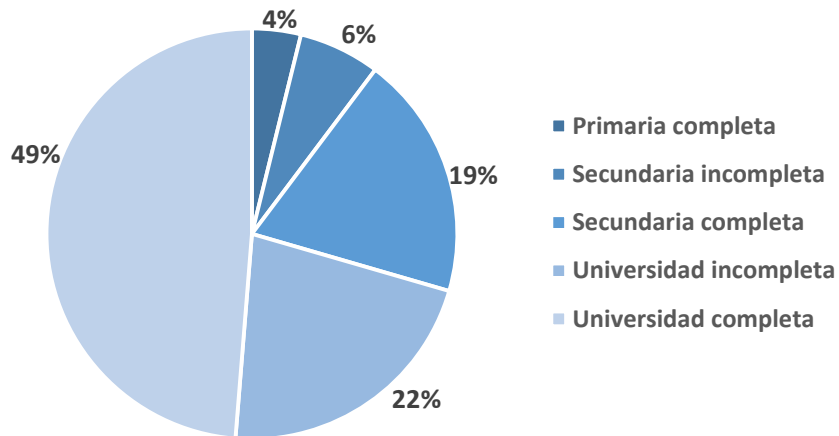


Figura N°3. Distribución porcentual según nivel de escolaridad, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto a la figura N°3 que proporciona información acerca del nivel de escolaridad del grupo participante, la mayoría (el 71%) posee estudios universitarios. Por el contrario, una cuarta parte, el 25%, posee estudios en educación secundaria, en tanto que el 4% ha concluido solamente la primaria.

Dado que la mayor cantidad de mujeres cuenta con estudios universitarios, se establece un efecto protector en cuanto al cáncer de mama, ya que se asocia a mayor comprensión en relación con el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades.

De esta manera, surge la necesidad de capacitar a las mujeres con limitado acceso a la educación sobre la importancia de la salud preventiva, lo cual pretende modificar estilos de vida poco saludables y reducir las posibilidades de enfermarse de cáncer de mama y otras enfermedades crónicas.

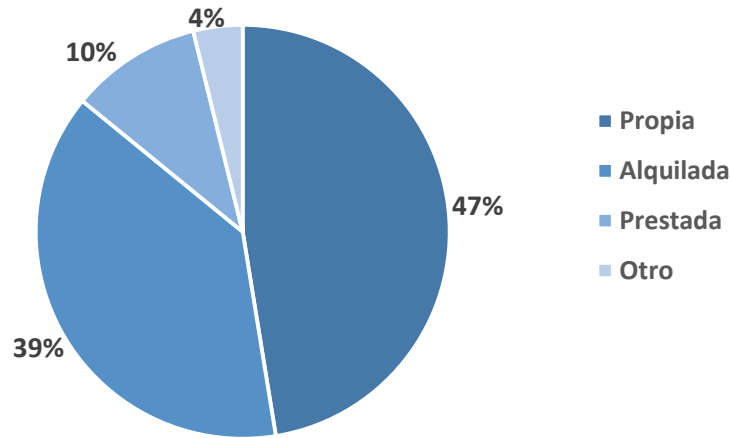


Figura N°4. Distribución porcentual según vivienda, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°4 refleja que un 47% de las participantes afirma tener casa propia; 39% alquila casa; 10% vive en casa prestada; y 4% indican otro como respuesta.

La vivienda puede ser considerada como factor protector del estado de salud. Santa María afirma que es importante valorar las condiciones en las cuales se desarrollan las personas, ya que un entorno adecuado propicia disminución de enfermedades.

Se destaca que un 53% de las participantes no dispone de vivienda propia. Según establecen diversas investigaciones, la falta de vivienda y necesidades insatisfechas de las personas pueden relacionarse con la mala percepción de salud propia. Por otra parte, Santa María afirma según la Organización Mundial de la Salud, el beneficio de la vivienda y la salud como parte de los factores necesarios para protegerse contra las enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas. Indicando también que el espacio vital debe ser adecuado para poder reducir al mínimo las tensiones psicológicas y sociales.

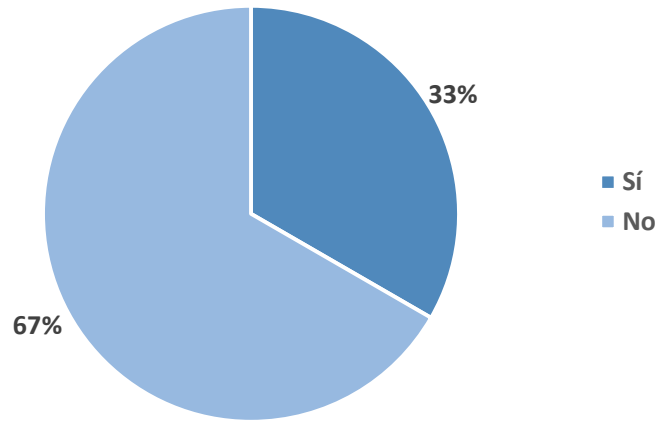


Figura N°5. Distribución porcentual según único ingreso económico familiar, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En relación con la figura anterior, un 67% de las mujeres refiere contar con ayuda económica en su hogar. Por otra parte, 33% afirma ser el único medio de ingreso económico para la manutención familiar.

Feldman sostiene que, al tener la responsabilidad del manejo y soporte económico de la familia, la mujer puede sufrir deterioro de su salud, ya que las limitaciones económicas dificultan la calidad de vida, el acceso a los servicios de salud y a las prácticas saludables. Así mismo afirma que la mayoría de los núcleos monoparentales están encabezados por mujeres, y es mayor la probabilidad de que su trabajo sea peor retribuido, esta condición suele generar estrés y dificulta la atención de salud preventiva.

Por lo tanto, ser el único ingreso económico familiar puede limitar la atención de enfermedades en estadios tempranos. Por esta razón, es necesario brindar, a la población, la oportunidad de acceso a la información, donde se debe motivar a las mujeres, para autoexaminarse las mamas como medida básica en la detección precoz del cáncer mamario.

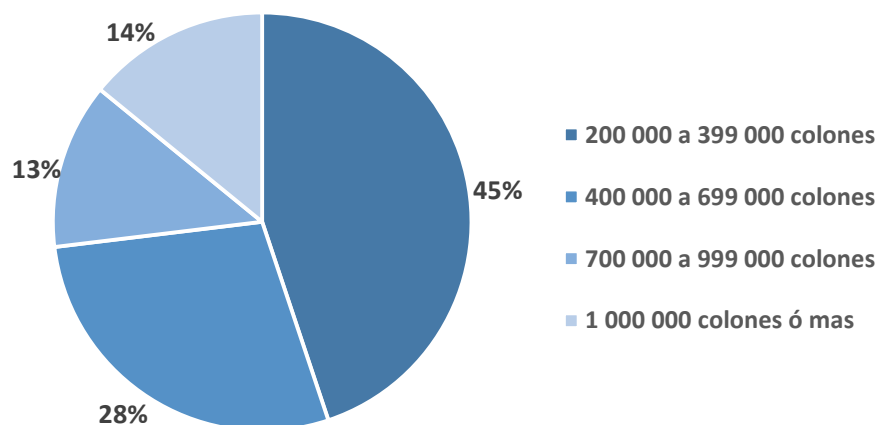


Figura N°6. Distribución porcentual según salario mensual, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°6 muestra la distribución porcentual según el salario mensual de las mujeres participantes, donde un 45% indica tener un ingreso económico de 200 000 a 399 000 colones; 28% tiene un salario de 400 000 a 699 000 colones; 13% de 700 000 a 999 000 colones; y un 14% reporta 1 000 000 de colones o más.

Es importante mencionar que, en más de la mitad de las mujeres encuestadas (55%), predominan salarios superiores a la base de la población costarricense, lo cual puede ser beneficioso ya que existe relación entre nivel socioeconómico y calidad de vida, especialmente en materia de salud.

Por el contrario, el ingreso económico bajo limita las posibilidades de mejora de los estilos de vida, poco acceso a los servicios de salud, al diagnóstico oportuno y menor posibilidad de tratamiento eficaz y de calidad ante un cáncer de mama.

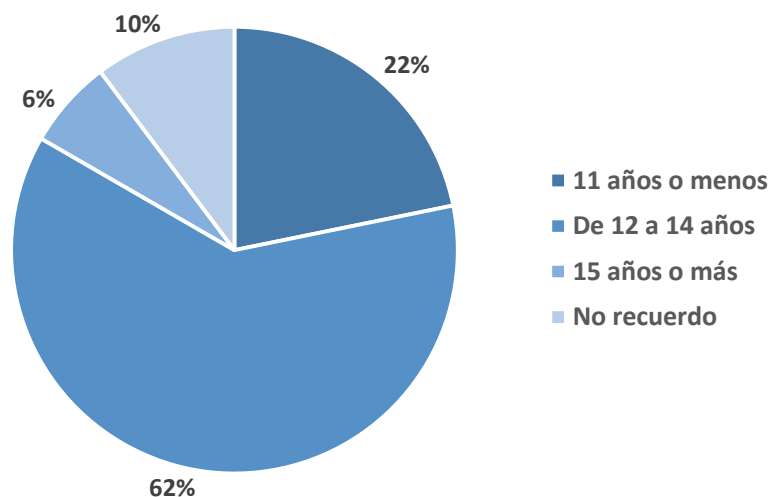


Figura N°7. Distribución porcentual según edad de la primera menstruación, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto a la figura anterior, 22% de las participantes afirma haber tenido la primera menstruación a los 11 años de edad o menos; 62% entre 12 a 14 años de edad; 6% a los 15 años o más; y 10% indica no recordar la edad de su menarca.

La menarca temprana (antes de los 12 años) genera un aumento de exposición a estrógenos y progesterona a lo largo de la vida. Según la Sociedad Americana contra el Cáncer, las mujeres, que presentan esta condición, tienen un riesgo más elevado de padecer cáncer de mama.

Sin embargo, es importante reconocer que cualquier mujer tiene probabilidades de padecer la enfermedad. Por lo tanto, la revisión constante es fundamental para detectar cambios en el tejido mamario, y tener un diagnóstico preciso y oportuno. Es importante señalar que solamente el 22% de las participantes posee el factor de riesgo según la menarca, al iniciar a los 11 años o menos.

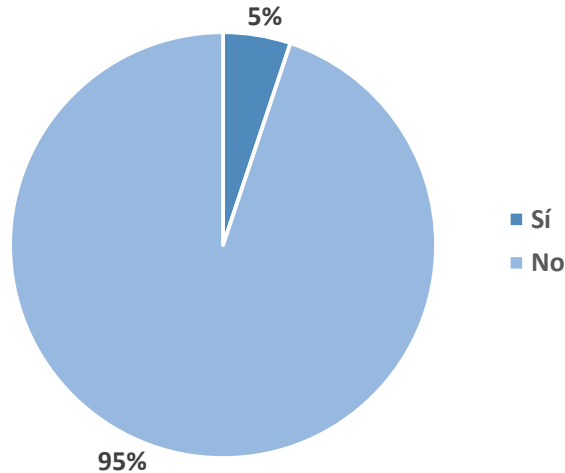


Figura N°8. Distribución porcentual según antecedentes personales de cáncer, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Según antecedentes personales de cáncer, el 95% de las mujeres afirma nunca haber padecido dicha enfermedad. Un 5% sí tiene antecedentes de cáncer, dos son tratadas por tumor de tiroides; una ha padecido de leucemia; y otra mujer indica haber presentado cáncer de mama.

Es importante mencionar que las personas, que han padecido cáncer, tienen una marcada predisposición a experimentarlo de nuevo; y aunque solo 5% de las participantes sufren cáncer previamente, debe instarse a un mayor control en ellas, con el fin de realizar exámenes de rutina y valorar su salud periódicamente.

No obstante, toda mujer, con o sin antecedentes, puede presentar otros factores de riesgo que resulten predisponentes para los diversos tipos de cáncer que existen, como son los estilos de vida, el consumo de ciertas sustancias, alimentos cancerígenos, entre otros.

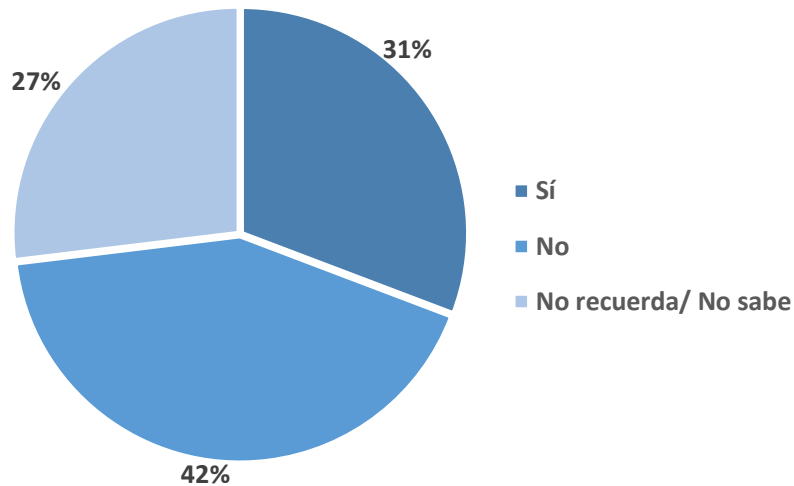


Figura N°9. Distribución porcentual según antecedentes familiares de cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En cuanto a la presencia de antecedentes familiares de cáncer de mama, 31% de las mujeres tienen familiares que han presentado la enfermedad, 42% mencionaron no tener familiares con dicho antecedente, y el 27% indicó no recordar o desconocer sobre los antecedentes de su familia.

Es importante mencionar que se indaga solamente en el primer grado de consanguinidad (abuelas, madre, tías), ya que existe una relación hereditaria directa, lo que aumenta las probabilidades de padecer la enfermedad, especialmente si fue antes de la menopausia.

A través de los años, estudios internacionales han evidenciado la relación de los genes BRCA-1 y BRCA-2, con el cáncer de mama. Los genes mencionados son heredados, por lo que, en la actualidad, algunos centros contra el cáncer analizan familiares de pacientes con la finalidad de minimizar y detectar la enfermedad oportunamente.

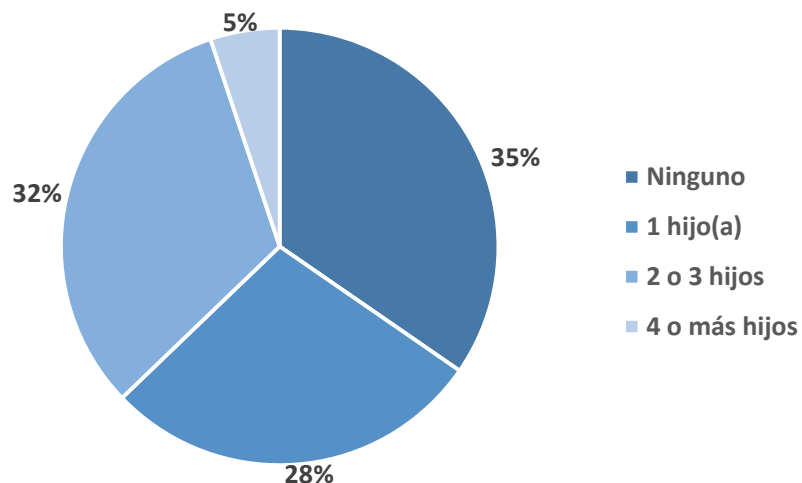


Figura N°10. Distribución porcentual según cantidad de hijos, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En relación con la figura N°10, el 35% de las mujeres indican no tener hijos; 28% tiene un hijo; el 32% de las participantes, de dos a tres, y un 5%, cuatro o más hijos.

Feldman afirma que, la cantidad de hijos, que tiene una mujer, está estrechamente relacionada a factores como la situación económica, desempeño laboral, formación académica, cultura, edad, tradiciones y diversos aspectos sociales.

La incursión de la mujer al campo laboral ha marcado un cambio en cuanto a roles. Hoy muchas mujeres deciden no tener hijos. En la actualidad, el costo de la vida se ha incrementado y otro sector de la población femenina pospone la maternidad o la limita a solo un hijo.

En este sentido, se considera factor protector ante el cáncer de mama tener uno o más hijos, por lo cual el 35% de la población en estudio tiene factor de riesgo al ser nulíparas.

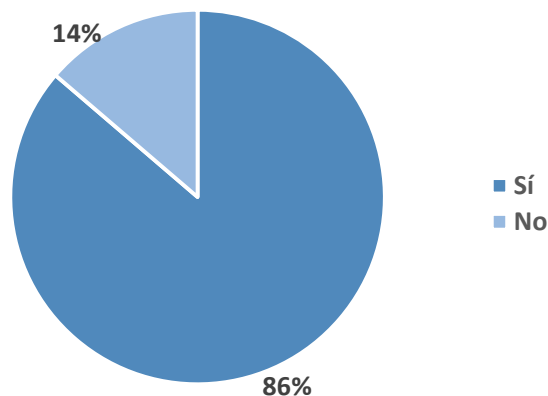


Figura N°11. Distribución porcentual según primer embarazo antes de los 30 años de edad, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto al primer embarazo, un 86% de las participantes afirma haber tenido su primera gestación antes de los 30 años de edad; y un 14% manifiesta haber tenido su primer embarazo después de los 30 años.

En la fisiopatogenia del cáncer de mama, el tener hijos es beneficioso ya que la gestación es un periodo en el cual la interacción hormonal se ve disminuida; por lo tanto, el embarazo reduce la probabilidad de sufrir cáncer de mama.

Además del factor hormonal, la nutrición de la embarazada suele ser más rica en frutas y vegetales, con el fin de satisfacer las necesidades del desarrollo fetal. Además el cese del fumado o la ingesta de alcohol también proporcionan mejoras al estilo de vida de la gestante.

Por otra parte, se considera que la edad avanzada del primer embarazo de término es factor predisponente al cáncer de mama. Por esta razón, el 14% de las mujeres participantes de esta investigación tiene riesgo de presentar la enfermedad asociado al factor edad.

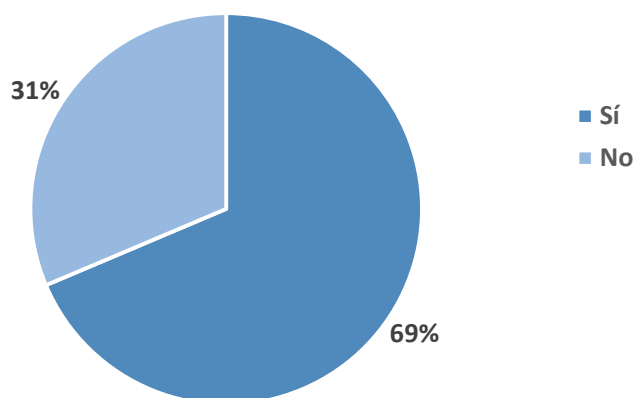


Figura N°12. Distribución porcentual según periodo de lactancia por 6 meses o más, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°12 refleja que de las mujeres, que son madres, el 69% indica haber dado lactancia por un periodo igual o superior a los seis meses; 31% menciona no haber brindado lactancia materna nunca.

La evidencia científica en relación con el beneficio de la lactancia menciona que, además de ser el mejor alimento del lactante, el amamantamiento proporciona, a la madre, protección, ya que se demora el regreso de los períodos menstruales. En relación con la fertilidad, el método de amenorrea lactacional (MAL) es anticonceptivo bien documentado, que brinda un 98-99% de protección contra un nuevo embarazo durante los primeros seis meses de vida del bebé.

Además, al brindar lactancia materna, la mujer cuenta con el factor protector contra el cáncer de mama, ya que la producción de leche limita la capacidad del desarrollo tumoral de las células mamarias. Así mismo, las madres, que brindan lactancia, pierden rápidamente

el peso ganado durante el embarazo, lo cual beneficia considerablemente la salud materna. Por el contrario, al no hacerlo, las posibilidades de perder el peso tras el embarazo son mínimas.

La necesidad de educación con respecto a la lactancia es esencial, ya que aporta, al niño, una serie de beneficios para su desarrollo, además de estrechar el vínculo madre-hijo que le proporciona seguridad y confianza al bebé. El profesional de salud debe incentivar la lactancia y extenderla el mayor tiempo posible.

En el contexto de esta investigación, se destaca la labor de las madres que, en su mayoría, brindan la lactancia exclusiva. Por otra parte, se concluye que el 31% de las participantes carece del factor protector brindado por la lactancia materna.

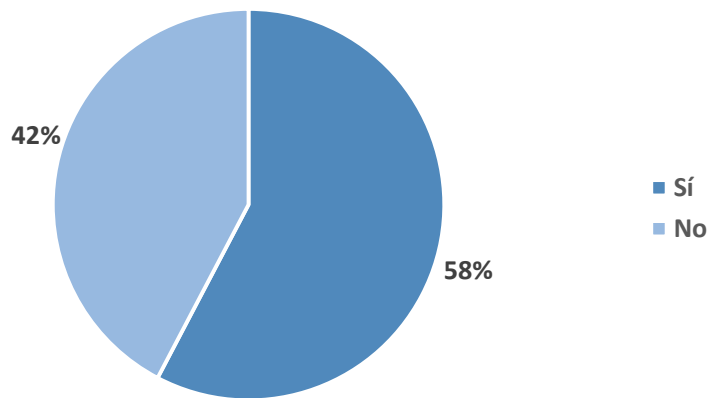


Figura N°13. Distribución porcentual según uso de pastillas anticonceptivas por más de 5 años, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto al uso de pastillas anticonceptivas, un 58% de las mujeres afirma utilizarlas por un periodo mayor a cinco años, mientras que un 42% no las ha utilizado nunca.

Existen amplios señalamientos sobre el uso prolongado de anticonceptivos por más de cinco años, debido a la dosis hormonal de estrógenos y progesterona que aportan al organismo; además del consumo de alcohol y el fumado que incrementan los factores de riesgo asociados al cáncer de mama.

Por el contrario, cuando las mujeres no han utilizado anticonceptivos orales, o han dejado de utilizarlos por más de 10 años, disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama. Un 42% de las participantes cuenta con el factor protector al no utilizarlos.

Por lo tanto, el uso de anticonceptivos orales debe ser controlado por el profesional en ginecología, según la condición de salud de cada mujer, con el fin de valorar la posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos alternativos.

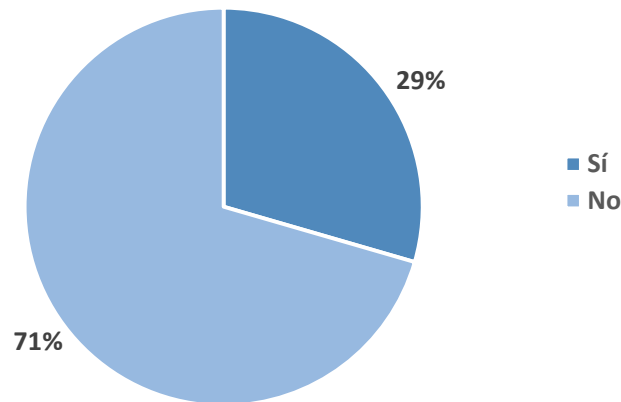


Figura N°14. Distribución porcentual según periodo menopáusico, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En relación con la figura anterior, un 29% de las participantes sí experimenta el periodo menopáusico; y por el contrario, 71% de mujeres refiere no ser menopáusica.

De esta forma, se determina que la mayoría de las participantes (71%) se encuentra en el periodo reproductivo o en la perimenopausia, por lo cual, aún se encuentran expuestas a las producción hormonal endógena de estrógeno y progesterona. Es importante destacar que, aunque más de la mitad de las participantes no experimentan la menopausia, debe educarse, a todas las mujeres, en relación al uso de reemplazo hormonal y sus posibles riesgos en relación al cáncer de mama, según establece el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos.

El rango de edad más frecuente del cese reproductivo corresponde entre 45 y 55 años, según expertos en ginecología; una menopausia tardía es asociada al incremento del riesgo de padecer cáncer de mama.

Así mismo, destaca que un 29% de las participantes se encuentra en periodo menopaúsico (ausencia de menstruación consecutiva por un año), lo cual se considera factor protector contra el cáncer de mama. No obstante, es fundamental capacitar a toda mujer en relación al control ginecológico anual, además de efectuar de manera preventiva el autoexamen de mama y la mamografía correspondiente (mayores de 40 años), ya que al incrementar la edad, también aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

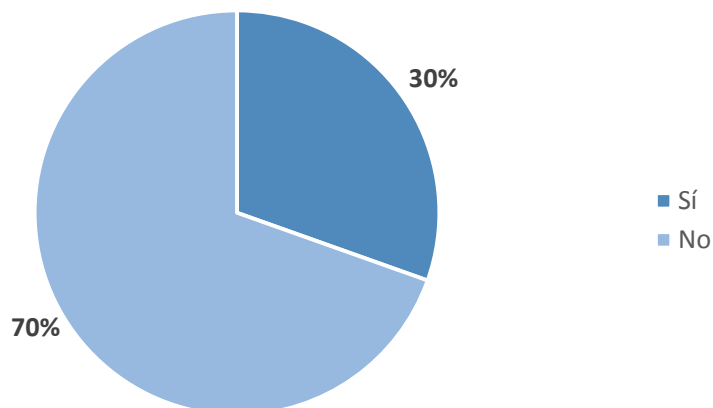


Figura N°15. Distribución porcentual según uso de terapia de reemplazo hormonal, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En cuanto al uso de reemplazo hormonal, el 30% de las mujeres, que experimentan la menopausia, sí utilizan la terapia de sustitución; y el 70% de las participantes refiere nunca haberlos utilizado.

En relación con este contexto, la mayoría de las participantes en periodo menopaúsico no ha utilizado ningún tratamiento de reemplazo hormonal, lo cual es beneficioso, ya que disminuye la probabilidad de presentar cáncer de mama.

La Sociedad Española contra el Cáncer afirma que el uso de terapia hormonal por periodos prolongados eleva el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Además, sostiene que los antecedentes personales o familiares de este tipo de cáncer son contraindicaciones del uso de la terapia por el riesgo a la exposición hormonal.

Según lo anteriormente descrito, solamente el 30% de las participantes, que utilizan el tratamiento hormonal, se exponen al riesgo de presentar cáncer de mama. Por lo tanto, debe

fomentarse la educación en relación con los síntomas durante la menopausia, el riesgo por utilizar reemplazo hormonal, así como las contraindicaciones y su uso prolongado.

Además, el profesional en salud debe incentivar otras medidas como: modificar el estilo de vida, descanso adecuado, realizar actividad física, ejercicios de relajación o yoga que permitan disminuir los síntomas percibidos en el periodo menopaúsico, sin utilizar reemplazo hormonal.

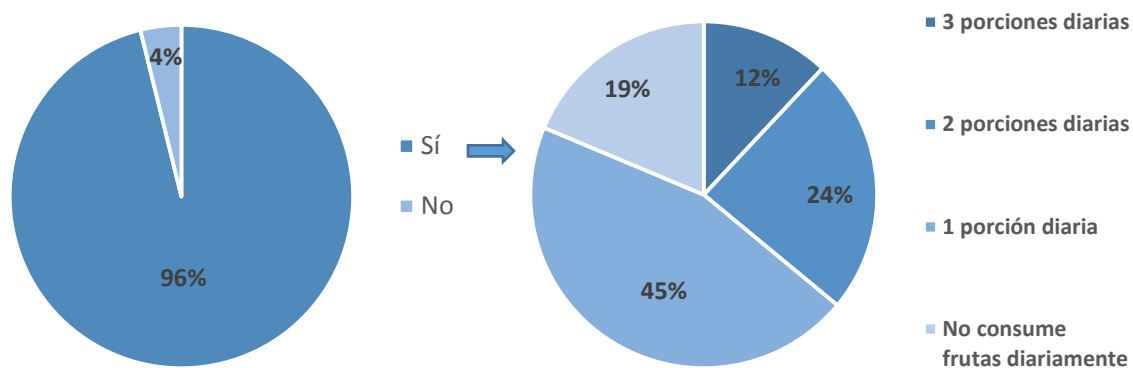


Figura N°16. Distribución porcentual según consumo de frutas y la cantidad de porciones diarias consumidas, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En la figura N° 16 se destaca que un 96% de las mujeres sí consume frutas; no obstante, un 4% refiere no hacerlo. Así mismo, se especifican las porciones diarias consumidas por las participantes. Un 12% de ellas consume tres porciones diarias; 24%, dos porciones diarias; 45%, una porción diaria; y 19% no lo realiza diariamente.

Para contrarrestar el efecto dañino de los radicales libres, es necesario el consumo diario de frutas, ya que son fuentes ricas en antioxidantes, entre ellos destacan el betacaroteno, licopeno y las vitaminas A, C y E (alfatocoferol). Un 96% de las mujeres participantes consume frutas; por lo tanto, cuentan con el factor protector ante el cáncer de mama. Se ha indicado que la presencia de mayores concentraciones de antioxidantes exógenos impide el daño de radicales libres que se han asociado con la presencia de cáncer.

El Instituto Nacional del Cáncer afirma que una dieta balanceada reduce factores de riesgo de diversas enfermedades; por lo tanto, debe incluirse, en la dieta diaria, el consumo de

fruta. De esta forma, se concluye que un 4% de las mujeres presenta riesgo al no ingerirlas adecuadamente.

Así mismo el beneficio de ingerir frutas ha sido ampliamente estudiado por los beneficios a la salud, y se establece la importancia del consumo de tres porciones diarias por su alto contenido en vitaminas, minerales, antioxidantes, y el aporte de fibra que facilita el proceso de digestión y excreción.

En relación con lo anterior, llama la atención que el 88% de las participantes tiene un déficit en la ingesta de frutas, ya que no cumplen con el consumo requerido diariamente. Surge la necesidad de intervención del profesional en salud, que debe orientar en la promoción de estilos de vida saludable, donde se fomente el consumo de tres porciones diarias.

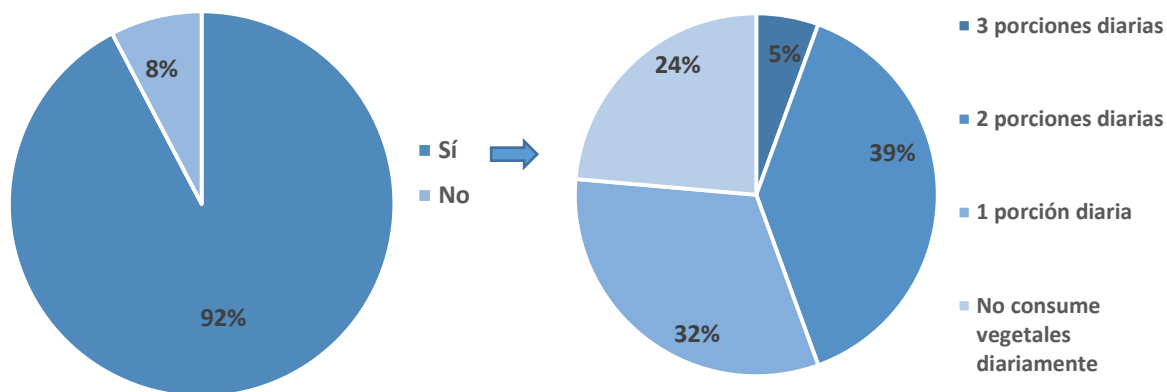


Figura N°17. Distribución porcentual según consumo de vegetales y la cantidad de porciones diarias consumidas, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto al consumo de vegetales, se afirma que un 92% de las mujeres sí consume vegetales, y solamente 8% manifiesta no ingerirlos. En relación con la cantidad de vegetales consumidos, se destaca que el 5% consume tres porciones diarias; 39%, dos porciones diarias; 32%, una; y 24% no lo hace diariamente.

Los vegetales brindan un aporte nutricional irremplazable en la dieta de las personas. Al igual que las frutas, son una fuente saludable de vitaminas, minerales, fibra, bajo aporte calórico, y sus antioxidantes ayudan a prevenir algunas enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas, así como trastornos digestivos y diversos tipos de cáncer.

Es importante mencionar que un 92% de las participantes consume vegetales, lo que resulta protector ante diversas patologías, en especial el cáncer de mama. Los vegetales como el brócoli, la coliflor y el repollo, tomate, y espinaca han demostrado ayudar a prevenir el cáncer al inhibir el crecimiento de las células cancerígenas y promover la apoptosis (muerte celular programada).

En relación con lo anterior, el 8% de las participantes no cuenta con el factor protector del consumo de vegetales, idealmente este debe constituir la mayor parte del volumen de la alimentación diaria. Por lo tanto, deben comenzar a incluirlos en su ingesta diaria; de esta forma, la probabilidad del desarrollo de enfermedades crónicas como el cáncer disminuye considerablemente.

El Instituto Nacional del Cáncer sostiene el beneficio del consumo diario de vegetales, recomendado de dos a tres porciones diarias. Llama la atención que el 56% de las participantes consume una porción diaria o menos. Por otra parte, se resalta el 44% de las mujeres, que tienen el factor protector ante el cáncer de mama, por un consumo adecuado de variedad de vegetales.

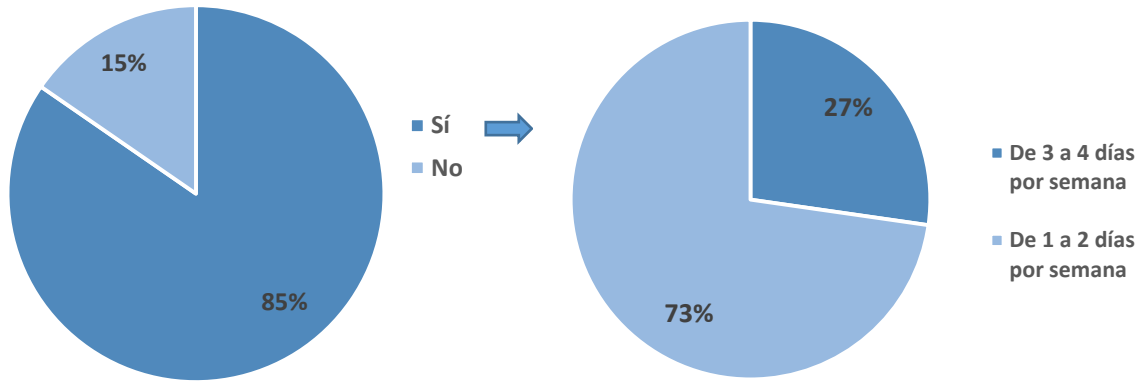


Figura N°18. Distribución porcentual según el consumo de comida rápida y la ingesta por semana, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En cuanto al consumo de comida rápida, el 85% de las participantes afirma consumirla; por el contrario, un 15% de las mujeres indica no hacerlo. Según la figura anterior, un 27% de las participantes lo hace de tres a cuatro días por semana; y un 73%, únicamente de uno a dos días por semana.

La comida rápida está relacionada con una forma económica y “conveniente” de comer; es muy popular debido al ritmo de vida actual, aunque no hay evidencia de peligro por consumo ocasional; cuando las personas aumentan su frecuencia, puede afectar seriamente el funcionamiento gastrointestinal.

El aporte nutricional que brindan es escaso, el contenido en grasas es muy elevado; además poseen mucho sodio y preservantes. Por lo tanto, su amplio consumo está directamente relacionado con el aumento de peso, obesidad e incremento de enfermedades crónicas.

Cabe destacar que, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, se ha evidenciado que un alto aporte de grasa puede contribuir a la presencia de la enfermedad. Por lo tanto, un

85% de las mujeres que sí ingiere este tipo de comidas eleva el riesgo diversas enfermedades, entre ellas el cáncer de mama, asociadas al consumo de grasas.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el consumo de grasas diario entre el 15-30% de la ingesta calórica diaria total. Es importante mencionar que, para reducir el riesgo cardiovascular, lo ideal es disminuir el aporte de grasas saturadas, y favorecer el consumo de grasas insaturadas, así como promover una ingesta de ácidos grasos trans lo más baja posible.

Solamente un 15% de las participantes cuenta con el factor protector ante el cáncer de mama y demás enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, al no consumir ningún tipo de comida rápida. Es importante destacar que las grasas forman parte de la dieta diaria; no obstante, las raciones ingeridas deben ser mínimas para una óptima calidad de vida.

En relación con la presente investigación, se destaca que la mayoría de las participantes (73%) consume solo de una a dos veces por semana comidas rápidas. Por lo tanto, se debe incentivar a todas las trabajadoras de la Municipalidad a realizar planes de alimentación balanceada, que le permitan satisfacer las necesidades requeridas diariamente.

Por otra parte, las mujeres que afirman consumir de tres a cuatro días por semana este tipo de comidas, se exponen a un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad. Tomando en cuenta lo anterior, se concluye que, el 27% de las participantes tiene mayor riesgo de padecer cáncer de mama relacionado al consumo de grasas. Por lo tanto, deben modificar la dieta e incrementar el consumo de alimentos orgánicos, para reducir triglicéridos y colesterol almacenados en el cuerpo.

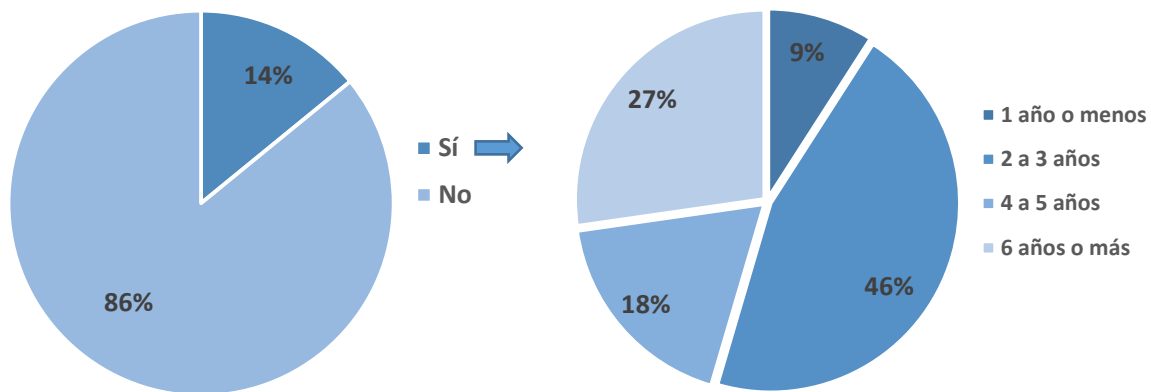


Figura N°19. Distribución porcentual según hábito de fumado y el tiempo de fumado, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°19 refleja que un 14% de las mujeres son fumadoras activas; y un 86% nunca ha tenido dicha práctica. De las participantes, que fuman, 9% lo hace desde un año o menos; 46%, de dos a tres años; un 18%, de cuatro a cinco años; y 27%, 6 años o más.

La Sociedad Americana contra el Cáncer afirma que el fumado puede dañar casi todos los órganos en el cuerpo humano. De esta forma, una de cada diez mujeres fumadoras del estudio tiene mayor probabilidad de padecer cáncer de mama. Al consumir tabaco, se puede afectar directamente la salud del sistema reproductor femenino; en consecuencia, aumenta la probabilidad de infertilidad, embarazos de alto riesgo y mayor predisposición a cáncer de cérvix y mama.

El 86% de participantes, que nunca ha fumado, cuenta con el factor protector ante el desarrollo de distintos tipos de cáncer, así como también diversas enfermedades respiratorias. No obstante, convivir con un fumador aumenta la posibilidad de desarrollar cáncer de pulmón en quienes no fuman. Por lo tanto, debe educarse, a las participantes, en

fomentar un ambiente libre de humo, lo cual garantiza que el entorno familiar o laboral sea seguro para quienes no practican el hábito del fumado.

Por otra parte, el 14% de las participantes, que consumen tabaco, aumenta el factor de riesgo ante el cáncer de mama. Diversos estudios revelan que los fumadores mueren en promedio 13 años antes que los no fumadores. Por lo tanto, debe motivarse, a las participantes a dejar de hacerlo, ya que los beneficios para la salud comienzan casi inmediatamente. Así mismo, en el plazo de cinco años sin consumir tabaco, el riesgo de padecer diversos tipos de cáncer, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, bronquitis crónica, y enfisema se reducen a la mitad.

De esta forma, las participantes, que han consumido tabaco (100%), tienen un riesgo más elevado en relación con el cáncer de mama, que las mujeres no fumadoras. Por lo anterior, debe instarse al cese del fumado, así como motivar al consumo de una dieta rica en antioxidantes, acompañada de ejercicio y buenas prácticas de salud, con la finalidad de minimizar el riesgo de enfermedad.

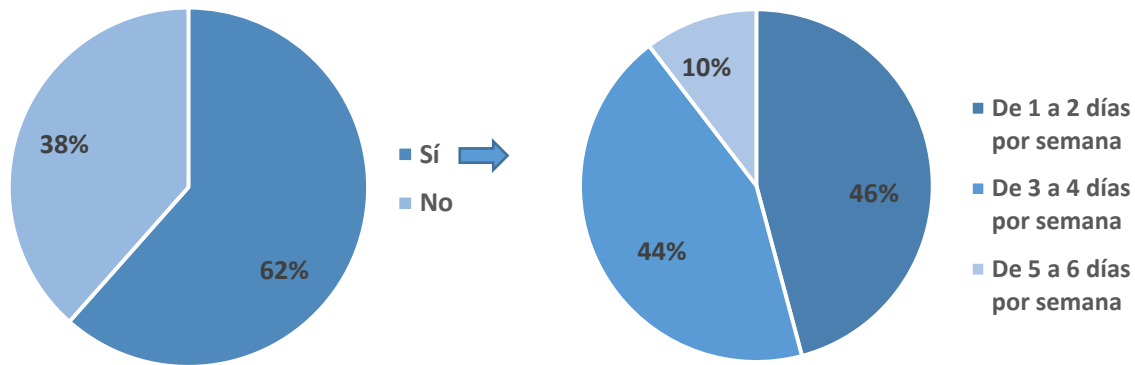


Figura N°20. Distribución porcentual según el ejercicio físico y la frecuencia por semana, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Según la figura anterior, un 62% de las participantes sí realiza ejercicio físico. Por el contrario, un 38% menciona no realizarlo nunca. En relación con la frecuencia de ejercicio físico, el 10% lo hacen de cinco a seis días por semana; 44% de tres a cuatro días por semana; y un 46% de uno a dos días por semana.

Ampliamente investigada, la actividad física mejora la condición de vida de las personas. Es esencial para la prevención de las enfermedades porque contribuye a la prolongación de la vida a través de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales. La práctica de ejercicio diario consume energía y requiere el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Para un óptimo estado de salud, es recomendado realizar 30 minutos diarios de actividad física.

Con respecto a la prevención del cáncer de mama, realizar actividad física ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal, y ofrece un factor protector ante el desarrollo de la enfermedad; por lo tanto, 62% de la población de estudio, incorpora los beneficios del ejercicio en su vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% a 25% de los cánceres de mama y de colon; el 27% de los de diabetes; y aproximadamente el 30% de cardiopatía isquémica. Por lo tanto, debe fomentarse la actividad física para minimizar factores de riesgo y mantener el control del peso.

Por distintos motivos, algunas personas no realizan ningún tipo de actividad física, lo cual pone en peligro su condición de salud. De las participantes, llama la atención que el 38% no realiza ejercicio, lo que incrementa el riesgo de enfermedades como el cáncer de mama a causa del sedentarismo.

La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar actividad física de tres a cinco días por semana. La mayoría de los estudios muestran poco cambio en la capacidad física si se entrena menos de tres veces semanales, a menos que el ejercicio sea bastante intenso. En relación con lo anterior, un 54% de las participantes cumple con la adecuada, lo cual favorece su calidad de vida y se considera factor protector ante el cáncer de mama.

Por el contrario, el 46% que realiza actividad física una o dos veces por semana, debe incrementar los tiempos de ejercicio para contar con el efecto protector real en especial contra enfermedades como el cáncer de mama.

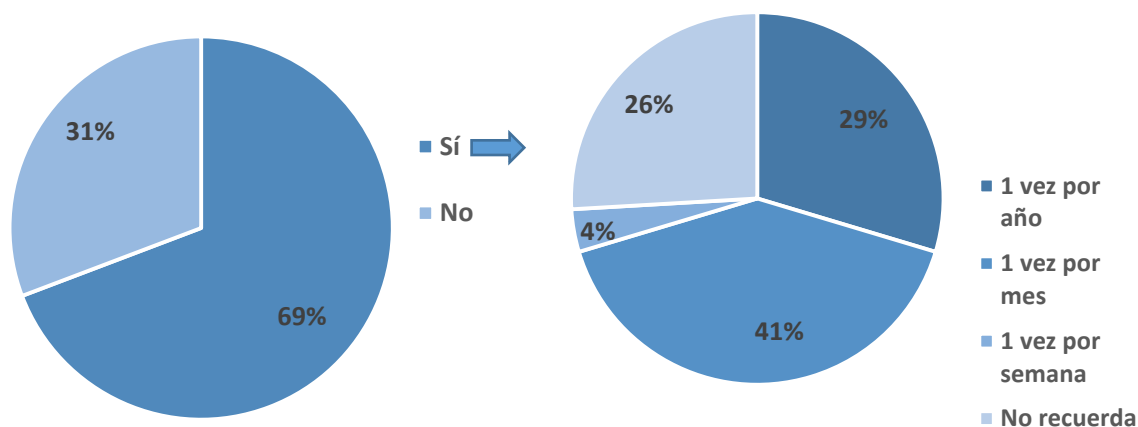


Figura N°21. Distribución porcentual según práctica del autoexamen de mama y su frecuencia, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto a la práctica del autoexamen de mama, el 69% de las participantes afirma realizarlo; y 31% nunca lo ha realizado. De las mujeres que sí practican el autoexamen, la frecuencia se desglosa de la siguiente manera: 4% semanalmente; 41% una vez por mes; 29% una vez por año; y un 26% no recuerda.

La práctica del autoexamen de mama permite, a la mujer, identificar cambios en los senos. Por medio de la observación y la palpación, se puede detectar presencia de masas, enrojecimiento, dolor en una zona específica, otros signos y síntomas relacionados con el cáncer de mama.

Las participantes, que realizan el autoexamen de mama (69%), expresan su interés en temas de prevención de enfermedad, y consideran que una manera de detección precoz del cáncer de mama es la autoexploración frecuente. Asimismo, manifiestan la importancia de las revisiones en los centros de salud.

Es importante mencionar que el cáncer de mama representa el tipo más frecuente en la mujer. Llama la atención que un 31% de las participantes no realiza el autoexamen, por lo cual surge la necesidad de mejorar la educación en relación con la prevención de dicha enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud indica que el principal beneficio del autoexamen de mama radica en el autocuidado de la mujer, ya que, de esta manera, se toma conciencia en la importancia de observarse y buscar ayuda ante algún síntoma. Además, se afirma que realizar el autoexamen de mama con regularidad es necesario para detectar cambios tempranos en los senos. No obstante, llama la atención que más de la mitad de las participantes (56%) no lo realizan regularmente, lo cual disminuye la probabilidad de detección de lesiones de manera oportuna.

Es importante señalar que diversos estudios revelan que en el 70% de los casos, los hallazgos importantes han sido encontrados por la propia mujer al realizar el autoexamen de mama mensualmente. Por lo tanto, se concluye que un 41% de las participantes, que practica el autoexamen por mes, cuenta con el factor protector ante la detección del cáncer de mama.

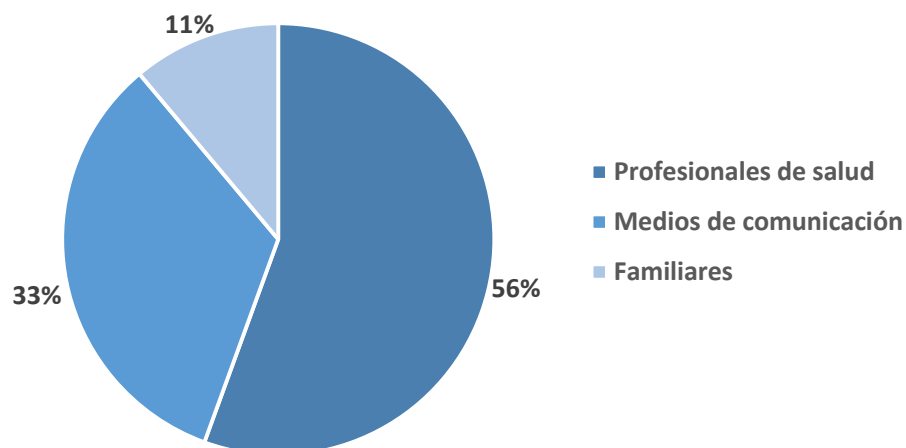


Figura N°22. Distribución porcentual según medio informativo sobre autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°22 refleja la distribución porcentual por medio de la cual las participantes han recibido información acerca del autoexamen de mama. Un 56% indica que la información ha sido suministrada por profesionales de salud; 33% por medios de comunicación; y 11% por familiares.

La mayoría de las participantes (56%) obtiene conocimiento sobre el autoexamen de mama por medio de los profesionales en salud, lo cual destaca el papel protagónico de los profesionales en enfermería y los médicos en los tres niveles de atención. Asimismo, se evidencia la importancia y la responsabilidad de la labor educativa relacionadas con el mantenimiento de la salud de la población en general.

Por otra parte, la influencia de los medios de comunicación cada vez tiene más impacto en el modo de vida de las personas; la educación e información sobre la salud destacan entre los temas más buscados. No obstante, el acompañamiento del personal de salud es esencial para contar con información adecuada que respalden datos reales. En relación con este

punto, un 33% de las mujeres asegura recibir información sobre el autoexamen de mama a través de distintos medios de comunicación, destacándose prensa, televisión, radio e internet.

Un 11% de las mujeres, que reciben educación sobre el autoexamen, es a través de sus parientes con la finalidad de orientar sobre detección oportuna del cáncer de mama, lo cual evidencia la importancia de la unidad familiar como medio determinante de la condición de salud de las personas, la prevención de enfermedad y las conductas por seguir.

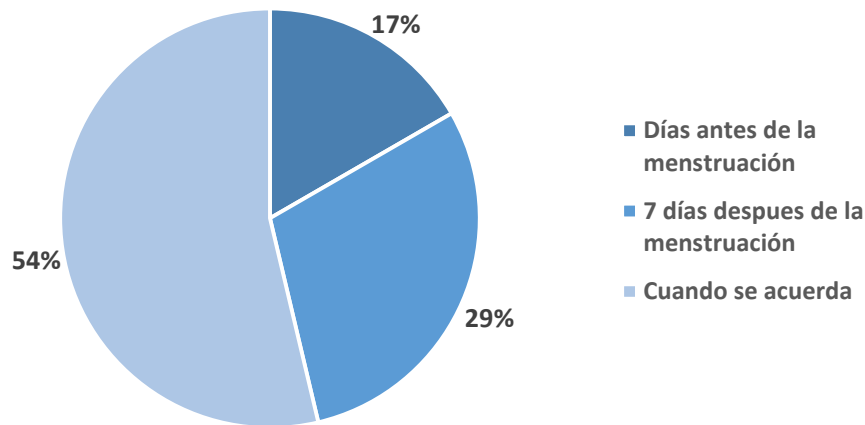


Figura N°23. Distribución porcentual según momento del ciclo menstrual, en que realiza el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°23 describe la distribución porcentual según el momento del ciclo menstrual en que las mujeres realizan el autoexamen de mama. Un 17% lo efectúa días antes de la menstruación; 29% siete días después de la menstruación; y 54% sin fecha establecida.

Días previos a la menstruación, por efecto hormonal, surge la mastodinia (dolor mamario). Por efecto fisiológico, se produce más estrógeno al comienzo del ciclo menstrual, esto ocasiona agrandamiento de los conductos mamarios y la cantidad de progesterona alcanza un punto máximo hacia el día 21 del ciclo lo que genera aumento de los lóbulos mamarios.

Llama la atención que la mayoría (54%) afirma no tener en cuenta el momento del ciclo menstrual al autoexaminarse; por lo tanto, se observan deficiencias de información en relación con la práctica del autoexamen, ya que es recomendado realizarlo siete días después del periodo menstrual cuando las molestias en los senos han disminuido por efecto hormonal.

Por el contrario, según el conocimiento adquirido, el 29% de las participantes afirma realizarse el autoexamen según la finalización de su ciclo menstrual, ya que días después de la menstruación, las molestias mamarias disminuyen considerablemente.

Para 17% de las mujeres, realizar el autoexamen previo a la menstruación, no resulta doloroso. La sensibilidad mamaria e inflamación premenstrual ocurre casi en todas las mujeres. Pero según investigaciones, las molestias pueden ser menores en mujeres que toman píldoras anticonceptivas.

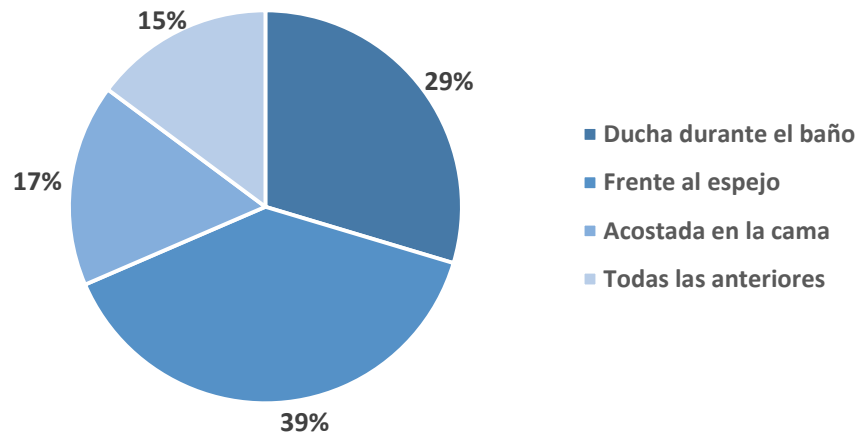


Figura N°24. Distribución porcentual según lugar en que realiza el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto a la figura anterior, se muestra la distribución porcentual según el lugar donde suelen realizarse el autoexamen de mama las participantes. El 29% en la ducha durante el baño; 39% frente al espejo; un 17% acostada en la cama; y un 15% realiza todas las opciones anteriormente descritas.

El autoexamen de mama debe ser ejecutado en dos posiciones: de pie y acostada; lo ideal es realizarlo en un lugar cómodo, que le permita, a la mujer, explorar bien los senos, axilas y la zona infraclavicular. La observación frente al espejo permite la visualización de las mamas, y así apreciar alguna diferencia evidente de lesión mamaria como asimetría, enrojecimiento, presencia de masas, entre otros.

Al considerar la importancia de ejecutar adecuadamente la técnica del autoexamen, llama la atención que la mayoría de las participantes (85%) no la realiza en las dos posiciones indicadas (de pie y acostada), por lo cual hay deficiencia en la ejecución del autoexamen.

Surge entonces la necesidad de información sobre los pasos adecuados y la importancia de la revisión tanto de pie como acostada, ya que al explorar los senos en diferente posición pueden detectarse más fácilmente masas ocultas.

No obstante, un 15% de las participantes sí cumplen la técnica del autoexamen tanto de pie como acostadas, y se ve reflejado el interés por su autocuidado en relación con la detección temprana de lesiones mamarias, por lo cual se insta a las demás mujeres a implementar la técnica tomando en cuenta los cambios de posición respectivos.

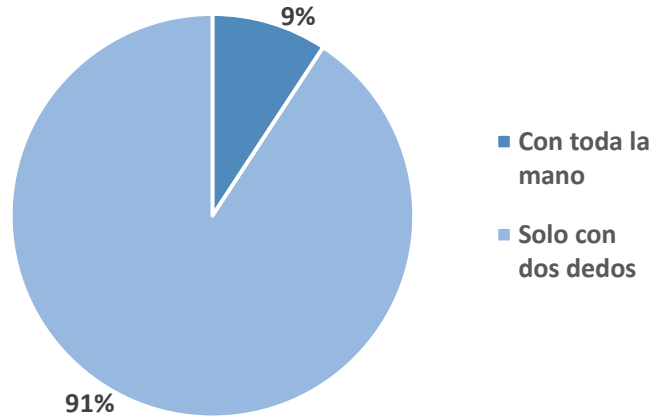


Figura N°25. Distribución porcentual según cómo realiza la técnica del autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto a la forma de realizar la técnica del autoexamen de mama, un 9% de las mujeres utiliza toda la mano; y un 91% solamente con dos dedos.

Se destaca que la mayoría de participantes (91%) sí realiza el autoexamen con dos dedos, lo cual permite efectuar la técnica con mayor detalle, favoreciendo el hallazgo de alguna lesión sospechosa. Las participantes refieren sentirse más seguras de realizar una palpación con los dedos que con toda la mano, ya que la sensibilidad varía mucho de una forma a otra.

Es importante mencionar que, para una adecuada palpación, las investigaciones señalan que no se considera adecuado realizar la inspección con toda la mano, ya que la finalidad del autoexamen es buscar minuciosamente alguna protuberancia en los senos, la región axilar y en la zona infraclavicular. Por lo tanto, una de cada 10 participantes realiza la técnica de modo inadecuado.

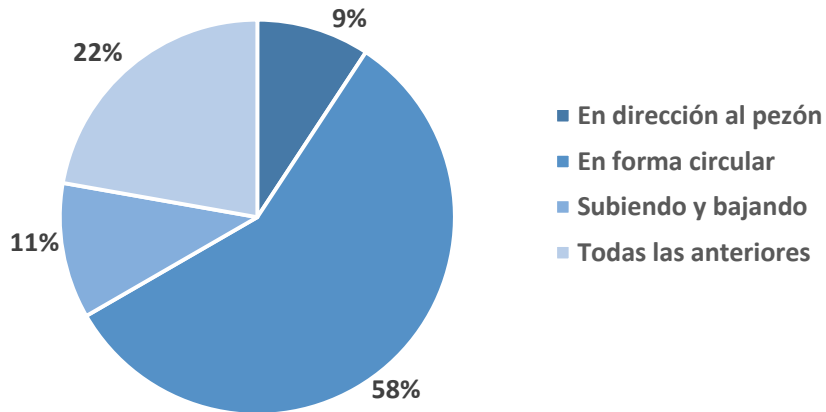


Figura N°26. Distribución porcentual según la técnica utilizada para realizar el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Según la técnica utilizada para realizar el autoexamen de mama, el 9% de las participantes la efectúan en dirección al pezón; 58% en forma circular; 11% con la técnica de barrido (subiendo y bajando); y 22% utiliza todas las técnicas anteriores.

De esta forma, la mayoría de las mujeres (78%) realiza el autoexamen de mama mediante una sola técnica. Se destaca como más utilizada la autoexploración en forma circular (siguiendo las manecillas del reloj); las participantes afirman tener más confianza en esta forma de palpar los senos ya que ha sido más fácil de implementar.

No obstante, el 22% indica que la combinación de todas las técnicas resulta más efectiva, pues se examinan los senos en diferentes direcciones. Se concluye que, al utilizar las técnicas mencionadas, todas las participantes que realizan el autoexamen, cumplen con una técnica correcta.

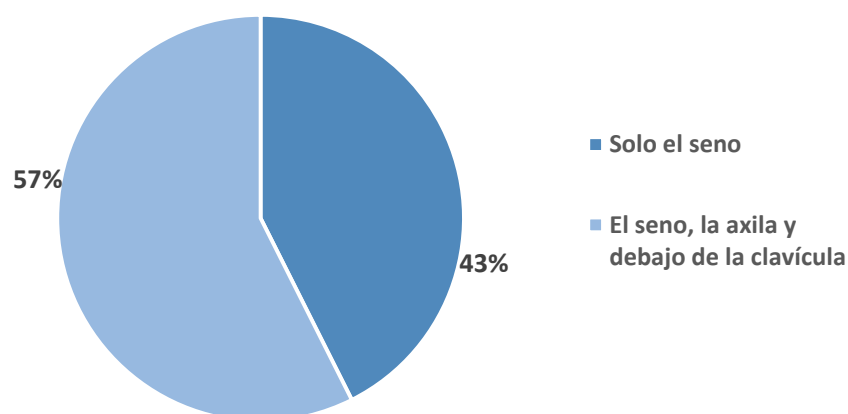


Figura N°27. Distribución porcentual según área examinada al realizar el autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En relación con la figura N° 27, según el área examinada al realizar el autoexamen de mama, 43% de las participantes solamente inspecciona los senos; y un 57% senos, axilas y la zona infraclavicular.

Se destaca que la mayoría de participantes (57%), al efectuar el autoexamen de mama, valora también las axilas y la zona infraclavicular en busca de masas, dolor o inflamación. Los hallazgos realizados en relación con el cáncer de mama establecen que es adecuado realizar la inspección de los senos; asimismo, se debe palpar la región axilar y la zona infraclavicular en busca de protuberancias.

Diversos estudios señalan que, cuando hay presencia de cáncer de mama, los ganglios axilares son los que presentan metástasis con mayor frecuencia. Por lo tanto, en el 43% de las participantes, se considera incompleto el autoexamen de mama y se evidencia necesidad de educación por parte del profesional de salud en relación con este aspecto.

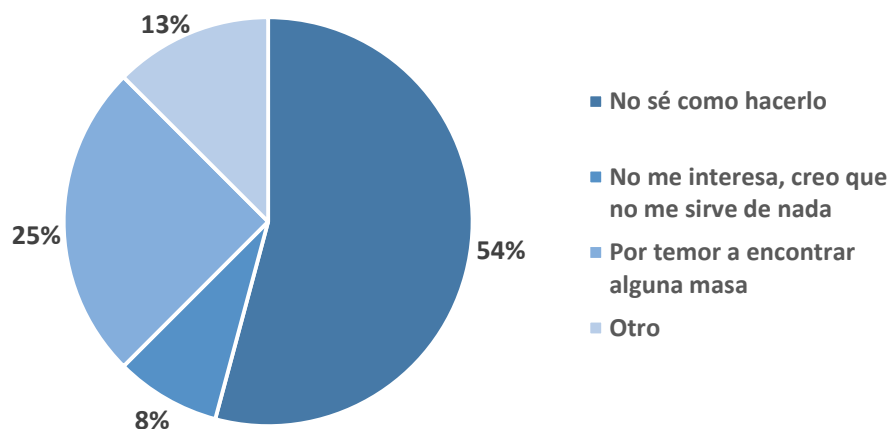


Figura N° 28. Distribución porcentual según motivo de no realización del autoexamen de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En la figura anterior, se refleja la distribución porcentual de la no realización del autoexamen de mama. Un 54% no saben cómo realizarlo; un 8% manifiesta que no es de su interés; 25% menciona no realizarlo por temor a encontrar alguna masa; y 13% indica otro como respuesta.

El 54% de las participantes indica no realizar el autoexamen porque desconoce el procedimiento para realizarlo. En relación con lo anterior, es necesario que la población, en general, conozca las medidas preventivas para la detección precoz en cualquier enfermedad. En el caso del cáncer de mama, el diagnóstico en etapas tardías puede significar la muerte de la mujer. Por esta razón, la educación y la revisión constante son fundamentales para detectar anomalías en el seno.

Por otra parte, el 25% de las participantes manifiesta que les genera preocupación descubrir algo en sus senos. Es importante mencionar que cuatro de cada cinco hallazgos realizados

corresponden a lesiones benignas; por esta razón, es importante valorar qué tipo de tumoración presenta la mujer en el caso de detectarla.

Así mismo, llama la atención que el 8% de las participantes manifiesta no estar interesada en realizar el autoexamen; además mencionan que no han recibido mucha información sobre la técnica o su importancia. Por lo tanto, es indispensable la educación sobre la enfermedad.

En conclusión, existe carencia de información entre las participantes, por lo que es necesario equiparar los conocimientos sobre las prácticas preventivas del cáncer de mama, con la finalidad de motivar a que realicen el autoexamen y tomen en cuenta estilos de vida saludable que minimicen la exposición ante la enfermedad.

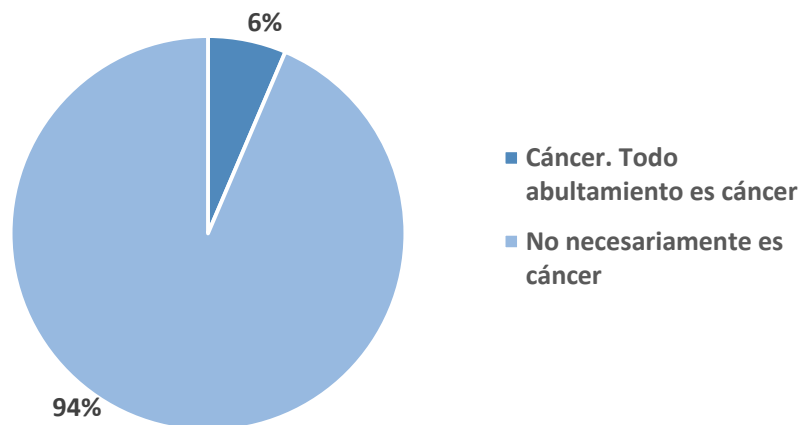


Figura N°29. Distribución porcentual según opinión sobre masas encontradas en el seno, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

La figura N°29 describe la distribución porcentual según la opinión sobre masas encontradas en el seno. De las participantes, un 6% opina que todo abultamiento encontrado es cáncer; y un 94% afirma que no necesariamente lo es.

La mayoría de lesiones encontradas por la propia mujer o por el profesional de salud se debe a lesiones benignas. Por lo tanto, el 94% establece de manera correcta que no todos los abultamientos en la mama se deben a un proceso oncológico.

Cabe destacar que solamente el 6% manifiesta que toda lesión en la mama es cáncer. El hallazgo de una lesión al autoexplorarse puede significar algo muy impactante para la mujer; por lo tanto, es deber del profesional mantener una comunicación continua sobre todas las dudas e inquietudes que pueden surgir; de esta manera, aumenta la confianza y la capacidad de autocuidado de las mujeres.

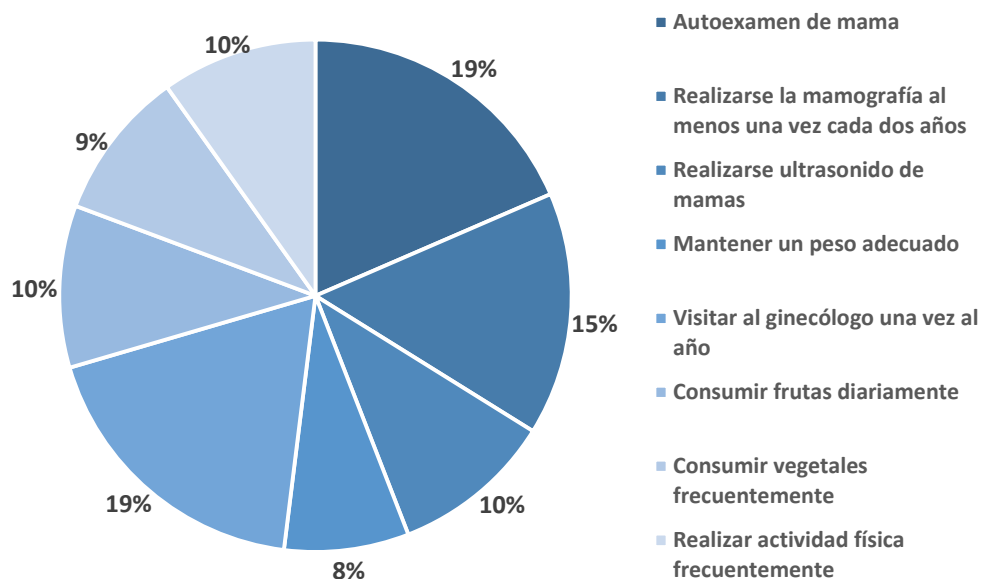


Figura N°30. Distribución porcentual según acciones preventivas contra el cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Según las acciones preventivas contra el cáncer de mama, el 19% de las participantes indican el autoexamen como acción preventiva; 19% revela que es adecuado visitar al ginecólogo una vez por año; 15% se realiza la mamografía; 10% utiliza el ultrasonido de mamas; 10% afirma que es adecuado el consumo de frutas; 10% realiza actividad física frecuentemente; 9% consume vegetales; y 8% indica que debe mantener el peso adecuado.

Para las participantes, las acciones con más influencia son: el autoexamen de mama (19%), visitar al ginecólogo (19%), y la mamografía como estudio complementario indispensable (15%). Cabe destacar que todas las medidas en conjunto son clave para prevenir el cáncer de mama, de ahí la importancia de fomentar la importancia de realizar cada una de ellas.

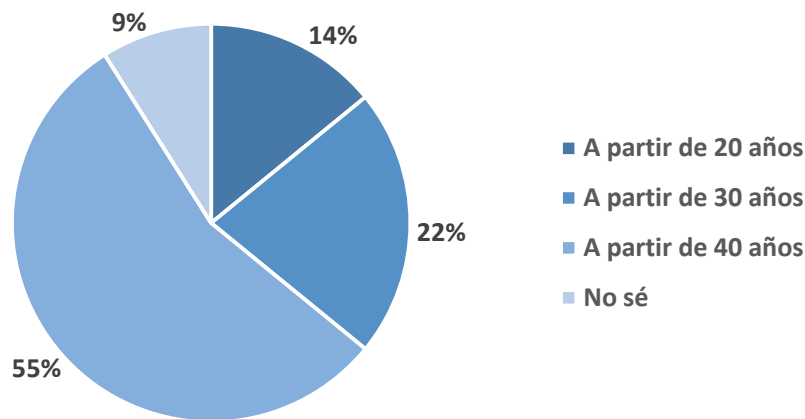


Figura N°31. Distribución porcentual según conocimiento de edad adecuada para realizar la mamografía, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Con respecto a la figura anterior, se describe la distribución porcentual según el conocimiento de edad adecuada para realizar la mamografía. El 14% de las participantes afirma que la realiza a partir de 20 años de edad; 22% a partir de los 30 años; 55% a partir de 40 años; y 9% indica no saber.

La mamografía destaca por la capacidad de lograr un diagnóstico oportuno mediante el descubrimiento de pequeñas tumoraciones cancerosas en las mamas, que no pueden palparse ni verse a simple vista. Su utilización es recomendada a partir de los 40 años de edad, ya que la densidad en el tejido mamario se reduce considerablemente. Al cambiar este, la detección de cualquier tumoración es más evidente; por esta razón, en mujeres jóvenes, lo más adecuado y preciso es realizar un ultrasonido de mama en caso de sospecha de lesión. Sobresale así el 55% de las participantes que afirma que la edad adecuada es a partir de 40 años.

El inconveniente con estas técnicas de imagen es que no permiten diferenciar las células cancerosas de aquellas que son inofensivas. Por lo tanto, la valoración periódica es fundamental cuando se realiza un hallazgo de masas en el seno. Por otra parte, se evidencia la importancia de realizar estudios por imagen, en especial la mamografía, ya que brindan la posibilidad de incrementar la sobrevivencia de las usuarias al detectar lesiones a partir de 2mm.

El profesional de salud debe brindar, a la población, las medidas preventivas de enfermedad, así como también educar sobre la importancia de realizar estudios complementarios. Ya sea por medio de la atención de salud pública o privada, las mujeres deben conocer amplia información sobre las enfermedades crónicas y las formas de detección temprana.

En relación con lo anterior, llama la atención que el 45% de las participantes desconoce la edad adecuada para realizar la mamografía, siendo esta técnica de imagen primordial para el hallazgo de lesiones mamarias; deben fortalecerse los conocimientos de las trabajadoras de la Municipalidad.

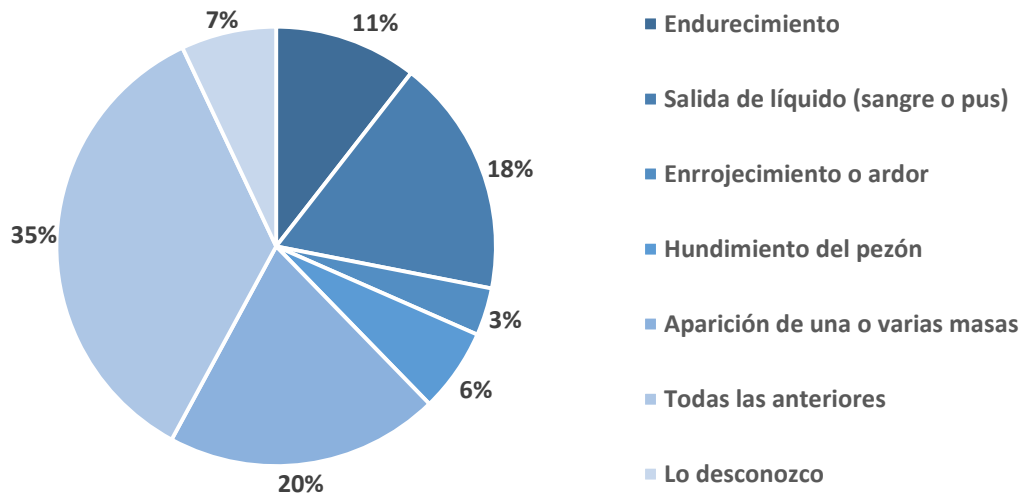


Figura N°32. Distribución porcentual según conocimiento de signos de alerta ante el cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

Según el conocimiento de las participantes sobre los signos de alerta ante el cáncer de mama, 11% indica endurecimiento como signo de alerta; 18% afirma que es la salida de líquido; 3% relaciona el cáncer de mama con enrojecimiento o ardor; 6% manifiesta como signo el hundimiento del pezón; 20% la aparición de una o varias masas; 35% indica que todos los signos son alertas de cáncer mamario; y 7% lo desconocen.

Las mujeres con cáncer de mama pueden experimentar cambios o síntomas en las mamas; sin embargo, los síntomas se evidencian hasta etapas avanzadas de la enfermedad. Por esta razón, algunas mujeres confunden los signos y síntomas característicos de la patología mamaria maligna con cambios mamarios debido a procesos benignos; por lo tanto, el profesional de salud debe orientar a las mujeres sobre las posibles manifestaciones de cáncer de mama. Un 58% de las participantes menciona conocer solamente algunos de los

signos más relacionados al cáncer de mama, entre ellos, presencia de una o varias masas, o salida de líquido por el pezón.

Por el contrario, un 35% afirma que todas las opciones anteriores son indicadores de cáncer mamario, lo cual evidencia mayor conocimiento en estas mujeres. Del mismo modo, las participantes afirman que, con una dieta adecuada y ejercicio constante, se reduce la probabilidad del padecimiento de la enfermedad.

Se destaca, además, la necesidad de equiparar la información educativa, que poseen las participantes de esta investigación, ya que un 7% de las mujeres indica desconocer cuáles son los signos y síntomas del cáncer de mama.

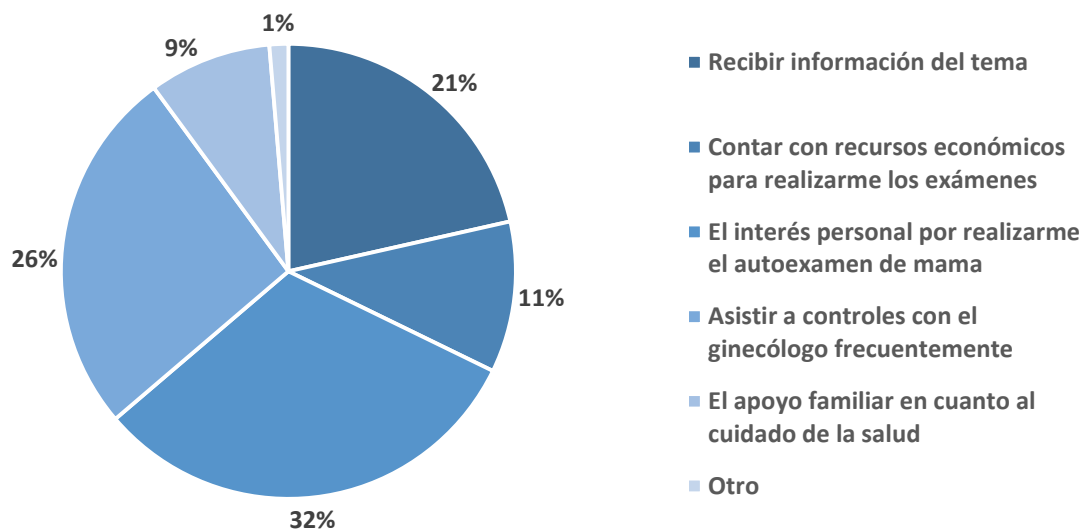


Figura N°33. Distribución porcentual según acciones que favorecen la prevención del cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En relación con las acciones que favorecen la prevención del cáncer de mama, 21% de las mujeres indica que recibir información es primordial; para el 11%, contar con recursos económicos favorece la prevención; el 32% afirma que el interés personal por realizarse el autoexamen es clave para la detección temprana; 26% opina que asistir al ginecólogo frecuentemente es adecuado para prevenir la enfermedad; 9% menciona la importancia del apoyo familiar en relación con el cuidado de la salud; y un 1% indica otro como respuesta.

Para una adecuada prevención de las enfermedades, la población debe recibir información precisa, orientada a proporcionarle las herramientas necesarias para minimizar el riesgo de enfermar; la educación es un factor determinante en la salud. Es importante destacar que, no solo las personas con más dificultad económica tienen peor salud, sino, también, quienes tienen el menor nivel de educación. Además, cuando se dispone de recursos económicos,

las necesidades personales suelen ser satisfechas, lo que genera mayor bienestar en relación con la salud.

El interés del autocuidado en las participantes se evidencia por medio del establecimiento de estilo de vida saludable, así como la búsqueda de controles preventivos de enfermedades, el autoexamen de mama y la mamografía, también al minimizar la exposición a factores de riesgo, realizar actividad física adecuada...

En conclusión, todas las acciones, que favorecen la prevención del cáncer de mama, deben ser fomentadas por el profesional de salud que debe informar a la familia de forma comprensible, adaptada a su nivel de entendimiento la prevención de la enfermedad, los cuidados, signos y síntomas, y el pronóstico con la finalidad de aumentar el autocuidado de la mujer en relación con la patología mamaria.

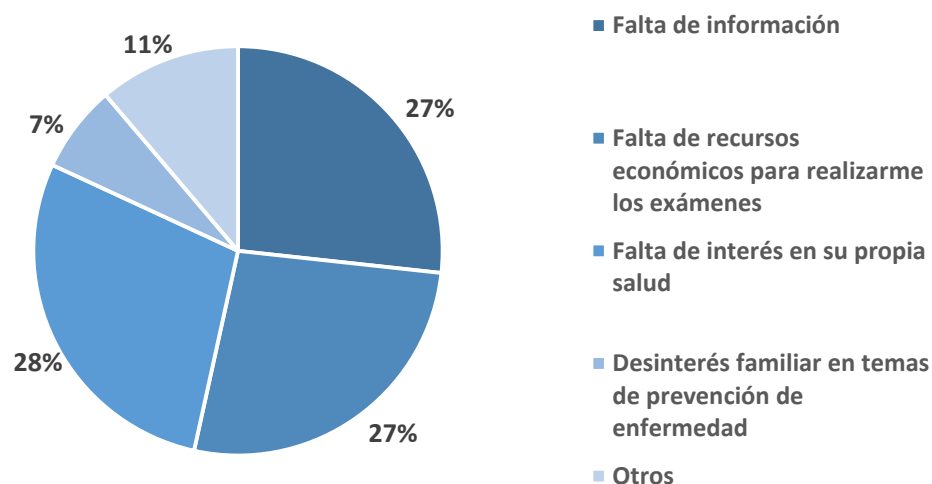


Figura N°34. Distribución porcentual según acciones que inciden en el conocimiento sobre autoexamen de mama y cáncer de mama, mujeres trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017

En la figura N° 34, de acuerdo con las acciones, que inciden en el conocimiento sobre autoexamen de mama y el cáncer de mama, el 27% de las mujeres indica que les falta recibir información del autoexamen y el cáncer de mama; 27% no cuenta con recursos económicos para realizarse los exámenes preventivos; 28% tiene interés personal por su propia salud; 7% menciona el desinterés familiar en relación con la prevención de enfermedad; y un 11% indica otro como respuesta.

Según afirman las participantes, existe una similitud entre la falta de información acerca del autoexamen de mama y el cáncer de mama, la falta de recursos económicos para realizarse exámenes y la falta de interés en la propia salud. Es evidente que la prevalencia de las enfermedades crónicas está aumentando debido a varios factores como el envejecimiento de la población, mayor esperanza de vida, la ingesta de grasas, sustancias nocivas... han perjudicado la salud de la población en general; por lo tanto, las instituciones encargadas de

velar por la salud deben orientar acerca de la necesidad de mejorar las condiciones personales de vida en la actualidad.

La enfermedad crónica, específicamente el cáncer, suele provocar una crisis en la familia que la obliga a dedicarse a las demandas del enfermo y a descuidar otras actividades propias al menos hasta que se logra la rehabilitación de la persona enferma. El interés familiar es parte de la prevención de enfermedad; y el fomento de vida saludable garantiza el bienestar de la mujer y su familia.

Es importante que el profesional de salud conozca también la condición económica de la familia, puesto que si la mujer es la única fuente de ingresos, y no cuenta con recursos para realizarse exámenes de control, o sufre de cáncer de mama, puede agravarse la situación familiar en general. Por lo tanto, la labor de enfermería es fundamental en la ayuda ante las necesidades de la mujer en la prevención del cáncer de mama o al afrontar la enfermedad.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Al finalizar el análisis de la información recolectada para la presente investigación, se llega a las siguientes conclusiones, según los objetivos del estudio.

- En relación con las características sociodemográficas de las trabajadoras de la Municipalidad de La Unión, la mayoría de las participantes son menores de 40 años (55%). Destaca que el 71% posee estudios universitarios completos. El 53% no posee vivienda propia. Más de la mitad de las participantes (55%) recibe un salario de 400 000 colones o más por mes. El 67% cuenta con colaboración familiar para la manutención del hogar. En relación con el estado civil, la mayoría es casada (52%).

- Los factores de riesgo del cáncer de mama más sobresalientes son: 31% de las participantes tiene antecedentes familiares de cáncer. El 22% presenta menarquia temprana. El 35% no tiene hijos. Por otra parte, de las mujeres que sí tienen hijos, un 31% no brindó lactancia materna nunca. El 58% de las mujeres ha utilizado anticonceptivos por cinco años o más, y tres de cada 10 mujeres utilizan reemplazo hormonal. El 85% consume comida rápida mínimo una vez por semana. Un 14% tiene el hábito de fumado, y un 38% no realiza ejercicio físico.

- Los datos obtenidos con respecto al conocimiento de las participantes sobre el autoexamen de mama son: 69% de las mujeres sí lo practica; cuatro de cada 10 mujeres lo realiza mensualmente. De las mujeres que no lo hacen, 54% indica que se debe a desconocimiento de la técnica y su importancia. Así mismo, el 56% afirma que la educación recibida es por medio de profesionales en salud; nueve de cada 10 mujeres

utiliza la técnica de dos dedos al autoexaminarse; y el 57% de las participantes lo hace correctamente al incluir los senos, axilas y zona infraclavicular.

- En cuanto al conocimiento que poseen las participantes sobre el autoexamen de mama, destaca que solo el 35% de las participantes tiene un adecuado conocimiento sobre los signos y síntomas del cáncer de mama; y el 45% desconoce la edad adecuada para realizar la mamografía. Las mujeres establecen como principales acciones preventivas realizar el autoexamen de mama (19%); visitar al ginecólogo (19%); y realizar la mamografía anual (15%).

- Los factores socioeconómicos que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la población estudiada son: falta de información educativa (54%), relacionado al desconocimiento de la técnica del autoexamen y su importancia; un (25%) afirma no realizar el autoexamen por temor a encontrar alguna masa; la falta de interés en la propia salud (28%); falta de recursos económicos para realizarse exámenes preventivos como ultrasonido y mamografía (27%); desinterés familiar en temas de prevención de enfermedad (7%); y otras causas (11%).

5.2 Recomendaciones

Las recomendaciones obtenidas a través de la investigación se detallan a continuación.

Para la Universidad Hispanoamericana

- Coordinar ferias de la salud con las municipalidades, dirigidas a la población en general, y enfocadas a la importancia de la detección temprana de enfermedades crónicas como el cáncer de mama.
- Incentivar a los estudiantes de ciencias de la salud, a utilizar las redes sociales como medio informativo, con el fin de educar a la población costarricense sobre la prevención de la enfermedad.

Para la Municipalidad de La Unión

- Capacitar a las colaboradoras mediante la inclusión del profesional de enfermería en la institución, con la finalidad de brindar información educativa mediante charlas y talleres mensuales, para fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedad, enfocado al autocuidado y detección temprana.
- Crear convenios con clínicas privadas para fomentar la detección precoz del cáncer de mama por medio de mamografía, ultrasonido y atención ginecológica, más accesibles para todas las trabajadoras de la municipalidad.

Para las mujeres participantes de la investigación

- Participar en las charlas educativas brindadas en la municipalidad por parte del profesional de enfermería e involucrarse en mejorar su autocuidado, asistir a controles preventivos según los convenios facilitados por la municipalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. [INTERNET]. Costa Rica: Ministerio de Salud [actualizado el 22 de agosto de 2016; citado el 15 de octubre de 2016] Mortalidad en hombres y mujeres por localización anatómica y grupos de edad 2015. Vigilancia de la Salud. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/mortalidad>
2. Sociedad Americana contra el Cáncer. Cáncer de seno (mama). [INTERNET]. [Actualizado 01 de junio de 2016; citado el 13 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/index>
3. OMS | Cáncer de mama: prevención y control [INTERNET] 2015; [Citado 13 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>
4. Dávila M, Hernández D. Nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama en pacientes femeninas en el servicio de consulta externa de ginecobstetricia del Hospital Santa Matilde de Madrid Cundinamarca en mayores de 18 años en Marzo de 2016. Tesis de Especialidad en Medicina Humana. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Bogotá. Mayo 2016. [Citado el 23 de setiembre del 2016]. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/handle/11158/465>
5. Payán A, Umaña K, Onatra W. Factores que intervienen en la realización del autoexamen de mama en la comunidad femenina del área de secretariado U.D.C.A. campus norte calle 222 en el periodo 2015-2. Tesis de Especialidad en Medicina Humana. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Bogotá. 2015-2. [Citado el 25 de setiembre del 2016]. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/handle/11158/452>

6. Romaní F, Gutiérrez C, Ramos J. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). An. Fac. Med. [INTERNET] 2011. [citado el 27 de setiembre de 2016]; 72(1) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000100005
7. Sánchez A.C, Sáenz A. 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. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2011; [Citado el 29 de setiembre del 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3012/1/Saenz_oa.pdf
8. Rodríguez et al. Conocimientos de los factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Sancti Spíritus. [INTERNET]. 2008; [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(1\)_01/p1.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(1)_01/p1.html)
9. Castro I, Rizo Y. Nivel de conocimiento de la población femenina del consultorio 6 sobre autoexamen de mama. Rev Haban Cienc Méd. [INTERNET]. 2009; [citado el 27 de setiembre de 2016]; 8 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500017
10. Wirz WR, Fernández AB, Wirz FL. Autoexamen de mamas: Influencia de la educación universitaria en la realización del autoexamen de mamas. Rev. Posgrado Catedra Méd. [INTERNET]. 2006 [citado 6 de diciembre de 2016]; 159:1–7. Disponible en: http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista159/1_159.pdf
11. Sánchez et al. Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. [INTERNET]. 2016 [citado 6 de diciembre de 2016];

Disponible en: [http://oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06._sa_nchez_y_\(37-51\)\(1\).pdf](http://oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06._sa_nchez_y_(37-51)(1).pdf)

12. Pierart J, et al. Autoexamen de mama. Rev Chil Cir. [INTERNET]. 2010 [citado 6 de diciembre de 2016]; 46(5): 522-7. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=151284&indexSearch=ID>

13. Benia W, Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. Rev Med Urug [INTERNET]. 2000 [citado 19 de diciembre de 2016]; 16(2). Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2000v2/art2>

14. Ortega D, López L. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. Salud Pública. [INTERNET] 2000; [citado 8 de diciembre de 2016]; 42(1):17–25. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2395.pdf>

15. López L, Suárez L, Torres E. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. [INTERNET] 2009; [citado 8 de diciembre de 2016]; 51:s345-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342009000800027&script=sci_arttext

16. Pollán M et al. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. Psicooncología. Rev Centro Nacional de Epidemiología. [INTERNET]. 2007; [citado el 10 de octubre de 2016]; 4 (2). Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/c1e09fc111ca8471502ebbf6a443f926/1?pq-origsite=gscholar>

17. Ocón et al. Supervivencia en cáncer de mama tras 10 años de seguimiento en las provincias de Granada y Almería. Rev Esp Salud Pública. [INTERNET]. 2010; [citado el

30 de diciembre de 2016] 84(6):705-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272010000600003&script=sci_arttext&lng=e

18. Madriz J, Picado M. Conocimiento de las practicas relacionadas con la prevención del cáncer de mama en las mujeres de 15 a 74 años que asisten a las iglesias evangélicas en el distrito de Paraíso de Cartago, en Junio 2013. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica. 2013. [Citado el 06 de diciembre del 2016]

19. Seas A, Montero A, Galán E. Conocimientos y prácticas sobre autoexamen de mama en personal femenino de Sports Bar Hooters y Hooligans Costa Rica, 2015. Rev Hisp Cienc Salud. [INTERNET]. 2016; [citado el 10 de noviembre de 2016]; 2 (1). Disponible en: <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/126/80>

20. Segura C. Conductas modificables en las mujeres de 20 a 65 años funcionarias del Instituto Costarricense de Electricidad, Sabana Norte para reducir el riesgo de padecer cáncer de mama, San José 2015. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica. 2015. [Citado el 18 de noviembre del 2016]

21. García L, Gutiérrez G, Narod S. Epidemiología descriptiva y genética molecular del cáncer de mama hereditario en Costa Rica. Rev. Biol. Trop. [INTERNET]. 2012; [citado el 19 de noviembre de 2016]; 60 (4): 1663-1668. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rbt/v60n4/a23v60n4.pdf>

22. Cerdas L, Wittmann M. Impacto de la pérdida del pecho en las constelaciones diádicas, desde la valoración subjetiva de un grupo terapéutico de mujeres mastectomizadas. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2006; [Citado el 22 de noviembre del 2016].

Disponible en:

<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/520/1/27366.pdf>

23. Chaverri R, Sánchez A. Factores que intervienen en el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes en relación con el autoexamen de mamas en las mujeres mayores de 40 años de Bajo Los Molinos y Lotes Peralta del Área de Salud de Heredia. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1993. [Citado el 25 de noviembre del 2016].

24. Universidad de Costa Rica. UCR estudiará factores de riesgo de cáncer de mama. [INTERNET]. San José: Universidad de Costa Rica; [Actualizado 31 de octubre 2014; citado el 27 de noviembre del 2016]. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2014/10/31/ucr-estudiara-factores-de-riesgo-de-cancer-de-mama.html>

25. Vargas J. Análisis de los hallazgos radiológicos documentados en mujeres con cáncer de mama en el área de salud de Coronado en el periodo 2007 al 2012. Rev. Med UCR. [INTERNET]. 2014; [citado el 27 de noviembre de 2016]; 8 (1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/14968>

26. Jiménez P. Estudio comparativo de la prevalencia de factores de riesgo, asociados al cáncer de mama en mujeres de 30 a 70 años que asisten a APROD-PA y a la Iglesia Vida Abundante Norte Cariari, II semestre 2014. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica. 2014. [Citado el 10 de diciembre del 2016]

27. Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica), editor. X censo nacional de población y VI de vivienda 2011. Resultados generales. 1 Edición. San José, Costa Rica: INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2012. 140 p.

28. OMS ¿Qué es la promoción de la salud? [INTERNET]. WHO. [Citado 14 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
29. Schorge J, et al. Williams Ginecología. Vol. 1. Primera edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores; 2009 [citado el 21 de octubre de 2016]
30. Sardiñas Ponce R. Autoexamen de mama: Un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Rev Habanera Cienc Médicas. [INTERNET]. Setiembre de 2009; 8(3):0-0 [citado el 26 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=es
31. Pérez K, et al. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Rev Cub Enf. [INTERNET]. 2016; [Citado el 13 de octubre del 2016]; 32 (2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/903/169>
32. Correa. El Autocuidado Una Habilidad para Vivir. Hacia Promoción de Salud y el cuidado. [INTERNET] 2015; [Citado el 12 de diciembre del 2016]; 8(1):38–50. Disponible en: <http://199.89.54.101/ojs/index.php/hps/article/viewFile/454/819>
33. Peate I, Nair M. Anatomía y fisiología para enfermeras. Vol. 1. Primera edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores; 2012 [citado el 11 de diciembre de 2016] 476-497
34. Tijerina C. La glándula mamaria. [INTERNET]. Vol. 1. Edición 2008. México: Tecnológico de Monterrey; 2008 [citado el 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.sitios.itesm.mx/webtools/Zs2Ps/libros/lagl_ndula.pdf

35. Bland K, Copeland E. La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Vol 1. Tercera edición. 2007. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007 [citado el 15 de diciembre de 2016]
36. Soto W. El seno, prevención y cura del cáncer de mama. [INTERNET]. Vol. 1. Primer edición. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo; 2006. [Citado el 21 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=Gzh8Xa_rox8C&pg=PA52&dq=autoexamen+de+seno&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=autoexamen%20de%20seno&f=false
37. Arpesteuguía L y Pina L. Patología benigna de la mama. Ed. Del Cura J, Pedraza S y Gayete A. Radiología Esencial. Primera Edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2009. P 961- 973 [Citado el 26 de diciembre de 2016]
38. Vernet M, Carreras R y Zapardiel I. Patología Benigna de la Mama I. Mastodinia: procesos funcionales e inflamatorios. Ed. Bajo JM, Lailla JM. Fundamentos de Ginecología. Primera edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2009. P 475-481[Citado el 23 de diciembre de 2016]
39. Sociedad Americana contra el Cáncer. Tumores filoides del seno. [INTERNET]. [Actualizado 01 de junio de 2016; citado el 04 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos/tumores-filoides-del-seno.html>
40. Sociedad Americana contra el Cáncer. Afecciones no cancerosas de los senos [INTERNET]. [Actualizado 01 de junio de 2016; citado el 04 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003179-pdf.pdf>

41. Ríos M, Hernández MH. Los genes supresores de tumores y el cáncer. *Rev Cuba Oncol.* [INTERNET] 2001; [Citado el 05 de enero de 2017]. 17(1):65–71. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_1_01/onc12101.pdf
42. Instituto Nacional del Cáncer. [INTERNET]. Estados Unidos: BRCA1 y BRCA2: Riesgo de cáncer y pruebas genéticas. [Actualizado el 1 de abril del 2015; Citado el 13 de enero de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hoja-informativa-brca>
43. Perez J, Muñoz E y Cortés J. Compendio El cáncer de mama. Her2 positivo. [INTERNET]. Barcelona: Amat 2013; [Citado el 06 de enero de 2017]. 140 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr>.
44. Asociación Española Contra el Cáncer. [INTERNET]. España: [Actualizado el 27 de setiembre del 2013; [Citado el 08 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tipos.aspx>
45. Cortés H. Carcinoma ductal in situ de mama. *Rev. Med Colombia.* [INTERNET]. 2014; [citado el 27 de noviembre de 2016]; 52 (2). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-522/obstetricia52201carcinoma/>
46. Arraztoa J et al. Cáncer de mama in situ. Carcinoma intralobulillar. [INTERNET]. México: 2011. [Citado el 12 de enero de 2017]. Disponible en: <http://mastologia.cl/images/consenso99/mamas%2011.pdf>
47. Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. *Arbor.* [INTERNET]. 2015; [Citado el 08 de enero de 2017]; 191(773):234. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037/2531>

48. Sociedad Americana contra el Cáncer. Tipos de Cáncer de Seno. [INTERNET]. [Actualizado 01 de junio de 2016; citado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/comprencion-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno.html>
49. Calhoun K, Giuliano A. Cáncer de mama. Ed Berek J. Ginecología de Novak. 14^o edición. Barcelona: Lippincott Williams y Wilkins. 2008. P 1667- 1689 [Citado el 05 de enero de 2017]
50. American Joint Committee on Cancer Staging System for Breast Cancer. Clasificación TNM. II Jornada Chilena de Consenso en Cancer de Mama. Sexta edición. [INTERNET]. [citado el 11 de enero de 2017]. Disponible en: <http://mastologia.cl/images/consenso03/2.pdf>
51. Sociedad Americana contra el Cáncer. Factores de riesgo para cáncer de mama. [INTERNET]. [Actualizado 01 de junio de 2016; citado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-seno-relacionados-con-el-estilo-de-vida.html>
52. Asociación Española contra el Cáncer. Diagnóstico precoz. [INTERNET]. España: [Actualizado el 27 de setiembre del 2013; [citado el 15 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/diagnostico-precoz.aspx>
53. Instituto Nacional del Cáncer. [INTERNET]. Estados Unidos: Aspectos generales de detección del cáncer. [Actualizado el 1 de abril del 2015; Citado el 11 de enero de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion/aspectos-generales-deteccion-paciente-pdq>

54. Asociación Española Contra el cáncer. Elección del tratamiento. [INTERNET]. España: [Actualizado el 27 de setiembre del 2013; [Citado el 16 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/eleccion-deltratamiento.aspx>
55. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Tratamiento del cáncer del seno según su etapa. [INTERNET]. [Actualizado 01 de junio de 2016; citado el 15 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa.html>
56. Caja Costarricense del Seguro Social. Manual de procedimientos de enfermería. Vol 1. Primera edición. Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social; 2014. [citado el 20 de enero de 2017].
57. Caycedo R. Semiología de la glándula mamaria. [INTERNET]. Ed: Eslava J, Guevara O y Gómez P. Semiología Quirúrgica. Tercera edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2006. P 93-104. [Citado el 19 de enero del 2017]. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=8A0JRLQIC3cC&pg=PA95&dq=autoexamen+de+seno&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=autoexamen%20de%20seno&f=false
58. Chave F. Detección oportuna de cáncer de mama acciones realizadas en mujeres mayores de 40 años. [INTERNET]. Tesis para optar por el grado de Especialista en medicina familiar. Universidad Veracruzana. México. 2014. [Citado el 16 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Francisca.pdf>

59. Rivas J et al. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama. Estrategias de prevención y control del cáncer de mama. [INTERNET]. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2006. [Citado el 18 de enero del 2017]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf
60. Ammer C. La salud de la mujer. [INTERNET]. Madrid: Edaf. 2007. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=KngQLil1HJMC&pg=PA99&dq=la+enfermeria+y+el+autoexamen+de+mama&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=la%20enfermeria%20y%20el%20autoexamen%20de%20mama&f=false
61. Crepeau E, Cohn E, Schell B. Definición y Categorización Contextual de los Factores Socioeconómicos. Terapia Ocupacional. [INTERNET]. Décima edición. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2005. [Citado el 19 de enero de 2017]; p. 97-110. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=mnHKR_1O7PgC&pg=PA98&dq=johnson+2000+niv+el+socioeconomico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjvo-
62. Hidalgo C y Cantalejo M. Prevención y promoción de la salud durante el ciclo vital de las mujeres. Etapas centrales de la vida I. [INTERNET]. Ed: Ortega M, García E. Enfermería de la mujer. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces. 2011. P 179-189. [Citado el 22 de enero del 2017]. Disponible en: https://books.google.co.cr/books?id=kWynDAAAQBAJ&pg=PR40&dq=intervenci%C3%B3n+de+enfermer%C3%ADa+en+la+prevenci%C3%B3n+del+cancer+de+mama&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=intervenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20cancer%20de%20mama&f=false

63. Organización Breast Cáncer. Cada vez más mujeres jóvenes reciben un diagnóstico de cáncer de mama metastásico. [INTERNET]. Estados Unidos: [Actualizado el 28 de febrero de 2013; [Citado el 29 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/noticias-investigacion/20130228>
64. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (UNESCO). Enseñanza y aprendizaje lograr la calidad para todos. Educación para todos. [INTERNET]. Primer Edición. Paris, Francia: UNESCO; 2014. [Citado el 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002261/226159s.pdf>
65. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008;25(4):419–430.[INTERNET]. [Citado el 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/siete.pdf>
66. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Zaragoza J, Gómez O V. Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. Salud Pública México. diciembre de 2008;50(6):482-9.
67. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud. [INTERNET]. Primer Edición. 2012. Washington, DC: OPS; 2012. [Citado el 20 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es
68. Nigenda et al. Proceso social del cáncer mamario. Perspectiva de las mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores del servicio de salud. [INTERNET]. Primer Edición. México: Fundación Mexicana para la salud. 2009. [Citado el 2 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/INFORME.pdf>


69. Berbiglia V, Banfield B. Modelos y teorías en enfermería. Ed Alligood MR, Tomey AM. Vol 1. Séptima edición. España: Elsevier; 2011. 265- 285 [citado el 3 de febrero del 2017]
70. Schneider J, Pizzinato A, Calderón M. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. [INTERNET]. Rev Psicol PUCP. 2015; 33(2):439-67. [citado el 24 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200008&script=sci_arttext

ANEXOS

Anexo 1

DECLARACIÓN JURADA

Yo Jessica Mora Blanco, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad número 1-1353-0326 egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: "Factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017", es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 23 días del mes de mayo del año dos mil diecisiete.



Jessica Mora Blanco
Cédula: 1-1353-0326

Anexo 2

Carta de tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 11 de mayo, 2017

Dirección de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimados(as) señor(as):

La estudiante Jessica Mora Blanco, cédula de identidad número: 113530326, me ha presentado, para efectos de revisión final, el trabajo de investigación denominado "*Factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de la Unión, Tres Ríos, Cartago, I Cuatrimestre, 2017.*", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante la revisión, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		94%

En virtud de la calificación obtenida, se da por aprobado y finalizado el proceso final de revisión de trabajo de tesis.

Atentamente,


205440224

Laura Chaverri Vargas
Cédula de identidad: 2-0544-0224
Carné Colegio Enfermeras: 5294

CARTA DEL TUTOR

San José, 14 de agosto, 2017

Dirección de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimados(as) señor(as):

La estudiante Jéssica Mora Blanco, cédula de identidad número: 11353-0326, me ha presentado, para efectos de revisión final, el trabajo de investigación denominado "*Factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017*", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante la revisión, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones indicadas por el tribunal calificador posterior a la defensa pública de la investigación realizada el 8 de agosto del 2017.

Atentamente,


Laura Chaverri Vargas
Cédula de identidad: 2-0544-0224
Carné Colegio Enfermeras: 5294

Anexo 3
Carta de lectora

San José, 19 julio 2017.

Msc.
Zaida Rodríguez Cordero
Carrera de Enfermería, Dirección.
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante **Jessica Mora Blanco**, ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **Factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de La Unión, Tres Ríos, Cartago, I Cuatrimestre, 2017** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación.

He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para continuar con el proceso.

Atentamente,



Msc. María Cecilia Astúa Vega.
Lectora metodológica.
Cédula de identidad 3-213-890
Teléfono 89518851
maryastua@gmail.com

Anexo 4

Carta de Filólogo

Constancia de revisión filológica

Heredia, 24 de julio de 2017

Señores:

Escuela de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

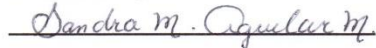
Se ha revisado y corregido el Trabajo Final de Graduación **Factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de la Unión, Tres Ríos, Cartago, I cuatrimestre, 2017.**

La sustentante es Jessica Mora Blanco para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Se han revisado errores gramaticales, de puntuación, ortográficos y de estilo, que se manifiestan en el documento escrito, y se ha verificado que estos fueron corregidos por la autora.

Este Trabajo Final de Graduación cumple con los requisitos formales y de contenido exigido por la Universidad

Atentamente,



Bachiller Sandra María Aguilar Molina
Cédula. 401350928
Carné de Colegio de Licenciados y Profesores en Leras, Filosofía, Ciencias y Arte
9605
Correo: sandraaguilar2009@gmail.com
Teléfonos: 22380346 / 70674854

Anexo 5

Carta a la Municipalidad de La Unión y respuestas de la institución

Miércoles 23 de noviembre del 2016, San José Costa Rica

Municipalidad de La Unión
Departamento Administrativo

Buenas tardes

Reciba un cordial saludo de mi parte, espero se encuentre muy bien.

Mi nombre es Jessica Mora Blanco, estudiante de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana del grado de Licenciatura, actualmente me encuentro en periodo de elaboración de tesis, razón por la cual acudo a solicitar su ayuda.

Deseo realizar mi investigación con ustedes, el objetivo de esta investigación es conocer que factores socioeconómicos inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en el personal femenino de la Municipalidad.

Realizaré un cuestionario a las colaboradoras para conocer diversas interrogantes relacionadas al tema, orientar a las participantes sobre el autoexamen de mama, cáncer de mama y los factores de riesgo de la enfermedad. Explicarles la importancia de la prevención del cáncer de mama, que en Costa Rica ocupa el segundo lugar de causas de muerte, asimismo al realizar el cuestionario, brindaré un panfleto a las participantes para crear el hábito de la práctica del autoexamen y fomentar la promoción de la salud en ellas.

Mi tema de tesis es Factores socioeconómicos de las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama, en la Municipalidad de Montes de La Unión, 2017.

Agradezco su colaboración,

Jessica Mora Blanco

1-1353-0326



Municipalidad de La Unión

La Unión
"Cantón del agua"

Carta a la Municipalidad de Curridabat y respuestas de la institución (Plan Piloto)

Miércoles 1 de febrero del 2017, San José Costa Rica

Municipalidad de Curridabat
Departamento de Recursos Humanos

Buenas tardes

Reciba un cordial saludo de mi parte, espero se encuentre muy bien.

Mi nombre es Jessica Mora Blanco, estudiante de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana del grado de Licenciatura, actualmente me encuentro en periodo de elaboración de tesis, razón por la cual acudo a solicitar su ayuda.

Deseo realizar un plan piloto en la institución y necesito su autorización para entregar un cuestionario al personal femenino de la Municipalidad, la finalidad del cuestionario es determinar la viabilidad del mismo, lo cual me permitirá validar las interrogantes ahí planteadas.

La investigación a desarrollar pretende conocer si las participantes realizan el autoexamen de mama, la frecuencia, la técnica utilizada, así como también otras interrogantes relacionadas al cáncer de mama.

Finalmente, en agradecimiento a las participantes, brindaré un panfleto para crear el hábito de la práctica del autoexamen y fomentar la promoción de la salud en ellas.

Agradezco su colaboración,
Jessica Mora Blanco



MUNICIPALIDAD DE CURRIDABAT
Departamento de Recursos Humanos

Tel: 2216-5200 ext. 5265-5266 y 5267. Fax: (506) 2272-6992
Apartado Postal 17-2300
e-mail: recursoshumanos@curridabat.go.cr

Curridabat, 08 de marzo del 2017
RHMC-033-03-2017


Señora
Lic. Gisela Coronado G.
Encargada del Departamento Registro
Universidad Hispanoamérica
Presente

Estimada señora(ita):

Reciba un cordial saludo, en respuesta a su nota, en la cual se solicita que la estudiante **Jessica Mora Blanco**, cédula # 1-1353-0326 estudiante que cursa la licenciatura en la carrera de Enfermería realice el proyecto de Graduación en modalidad de tesis, me permito informarle que la Municipalidad de Curridabat está anuente para que aplique el cuestionario en esta institución sobre factores socioeconómicos en las mujeres de 18 a 65 años que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama I cuatrimestre 2017.

Sin ser otro el particular, se despide.

Atentamente,


Lic. Julio Román Jiménez
Jefe de Recursos Humanos



Anexo 6

Agradecimientos

Agradezco a Dios por sus bendiciones, el camino no ha sido fácil, pero con su ayuda, en cada paso a lo largo de mi carrera, he superado todos los obstáculos para ser profesional.

A mi madre Marlene Blanco, por su apoyo incondicional, ella es para mí todo un ejemplo de fortaleza y amor por su familia, sin su ayuda nunca lo hubiera logrado.

A mis hijos, mi esposo, familiares y amistades, por apoyarme en mi carrera y siempre instarme para ser profesional.

Al personal de la Municipalidad de La Unión por brindarme su ayuda con mi investigación.

Finalmente, le agradezco a mi tutora, Msc. Laura Chaverri Vargas, por cada una de sus enseñanzas, como docente y profesional de Enfermería es un gran ejemplo por seguir.

Jéssica Mora Blanco

Anexo 7

Cuestionario de aplicación Universidad Hispanoamericana Escuela de Enfermería

Estimada participante, este cuestionario tiene como finalidad saber cuáles son los factores socioeconómicos que inciden en el conocimiento del autoexamen de mama. La información recabada es de carácter estrictamente confidencial. Y forma parte del trabajo de investigación de la estudiante Jessica Mora Blanco para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Su participación es muy importante.

Instrucciones Generales: Marque con X según la opción de su escogencia.

I Parte. Información sociodemográfica.

1- Edad

- () De 18 a 24 años.
- () De 25 a 31 años.
- () De 32 a 38 años.
- () De 39 a 45 años.
- () De 46 a 52 años.
- () De 53 a 59 años.
- () De 60 a 67 años.

2- Estado civil

- () Soltera.
- () Unión libre.
- () Casada.
- () Divorciada.
- () Separada.
- () Viuda.

3- ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- () Primaria incompleta.
- () Primaria completa.
- () Secundaria incompleta.
- () Secundaria completa.
- () Universidad incompleta.
- () Universidad completa

4- Su vivienda actualmente es:

- Propia.
- Alquilada.
- Prestada.
- Otro.

5- ¿Su salario es el único ingreso económico para la manutención de su familia?

- Sí.
- No.

6- Su salario mensual es aproximadamente:

- De 200 000 a 399 000 colones.
- De 400 000 a 699 000 colones.
- 700 000 a 999 000 colones.
- 1 000 000 de colones o más.

II parte. Factores de riesgo del cáncer de mama

7- ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

- 11 años o menos.
- De 12 a 14 años.
- 15 años o más.
- No recuerdo.

8- ¿Ha padecido usted algún tipo de cáncer?

- Sí. Especifique _____
- No.

9- ¿Tiene familiares (abuelas, madre, hermanas, tías) que han padecido cáncer de mama?

- Sí.
- No.
- No recuerda / No sabe.

- 10- ¿Cuántos hijos tiene? (si su respuesta es ninguno, pase a la pregunta No.13)
- Ninguno.
 - 1 hijo (a).
 - 2 o 3 hijos.
 - 4 o más hijos.
- 11- ¿Tuvo su primer embarazo antes de los 30 años?
- Sí.
 - No.
- 12- ¿Con cada uno de sus hijos (as), extendió usted el periodo de lactancia por 6 meses o más?
- Sí.
 - No.
- 13- ¿Utilizó usted durante su vida pastillas anticonceptivas por más de 5 años?
- Sí.
 - No.
- 14- ¿Tiene más de 1 año de no presentar la menstruación? (Si su respuesta es no, pase a la pregunta No. 16)
- Sí.
 - No.
- 15- ¿Toma o tomó usted terapia de reemplazo hormonal? (Estrógenos)
- Sí.
 - No.
- 16- ¿Usted consume frutas? (si su respuesta es No, pase a la pregunta No. 18)
- Sí.
 - No.
- 17- ¿Cuántas porciones de frutas consume diariamente?
- 3 porciones diarias.
 - 2 porción diarias.
 - 1 porción diaria.
 - No consume frutas diariamente.

18- ¿Consumen usted vegetales ricos en antioxidantes? (Ej. tomate, brócoli, espinaca, zanahoria, vegetales de hoja verde). (Si su respuesta es no, pase a la pregunta No. 20)

Sí.

No.

19- ¿Cuántas porciones de vegetales consume usted diariamente?

3 porciones diarias.

2 porción diarias.

1 porción diaria.

No consume vegetales diariamente.

20- ¿Consumen usted comida rápida? (Papas fritas, pizza, pollo frito) (Si su respuesta es no, pase a la pregunta No. 22)

Sí.

No.

21- ¿Con qué frecuencia consume comida rápida?

Todos los días de la semana.

De 5 a 6 días por semana.

De 3 a 4 días por semana.

De 1 a 2 días por semana.

22- ¿Tiene usted el hábito del fumado? (Si su respuesta es no, pase a la pregunta No. 24)

Sí.

No.

23- ¿Cuánto tiempo tiene de fumar?

1 año o menos.

2 a 3 años.

4 a 5 años.

6 años o más.

24- ¿Realiza usted ejercicio físico? (Si su respuesta es no, pase a la pregunta No. 26)

Sí.

No.

25- ¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicio físico?

- Todos los días de la semana.
- De 5 a 6 días por semana.
- De 3 a 4 días por semana.
- De 1 a 2 días por semana.

III parte. Conocimiento sobre el Autoexamen de Mama.

26- ¿Se ha realizado el autoexamen de mama? (Si su respuesta es no, pase a la pregunta No. 34)

- Sí.
- No.

27- ¿Con qué frecuencia se realiza el autoexamen de mama?

- 1 vez por semana.
- 1 vez por mes.
- 1 vez por año.
- No recuerda.

28- ¿Cuál es el medio por el cual ha recibido información sobre el autoexamen de mama?

- Profesionales de la salud (médicos- enfermeras).
- Medios de comunicación (televisión, radio, revistas, periódico).
- Familiares.

29- ¿En qué momento del ciclo menstrual realiza el autoexamen?

- Días antes de la menstruación.
- 7 días después de la menstruación.
- Cuando me acuerdo.

30- ¿En qué lugar suele realizarse el autoexamen de mama?

- En la ducha, durante el baño.
- Frente al espejo.
- Acostada en la cama.
- Todas las anteriores.

31- ¿Cómo se realiza usted el autoexamen de mama?

- Con toda la mano.
- Solo con dos dedos.
- Solo con la palma.

32- A continuación se muestran tres imágenes que describen la técnica para realizar el autoexamen de mama ¿Cuál se acerca más a su manera de efectuar el examen?



A- Hacia el pezón

B- Circular

C- Barrido (subiendo y bajando)

- A- En dirección al pezón.
- B- En forma circular.
- C- Subiendo y bajando.
- Todas las anteriores.

33- ¿Qué áreas incluye en su autoexamen de mama?

- Solo el seno.
- El seno, axila y debajo de la clavícula.

34- ¿Por qué motivo no realiza el autoexamen de mama?

- No sé cómo hacerlo.
- No me interesa, creo que no me sirve de nada.
- Estoy segura que no voy a presentar cáncer de mama.
- Por temor a encontrar alguna masa.
- Otro.

IV parte. Conocimiento del cáncer de mama.

35- Considera usted que una masa (pelotita) en el seno se debe a:

- () Cáncer. Todo abultamiento en el pecho es cáncer.
- () No necesariamente es cáncer (puede ser producido por cambios normales de la mama).

36- ¿Para prevenir el cáncer de mama, que acciones realiza usted? (Puede marcar una o varias opciones)

- () Autoexamen de mama.
- () Realizarse la mamografía al menos una vez cada dos años.
- () Realizarse ultrasonido de mamas.
- () Mantener un peso adecuado.
- () Visitar al ginecólogo una vez al año.
- () Consumir frutas diariamente.
- () Consumir vegetales frecuentemente.
- () Realizar actividad física frecuentemente.

37- ¿A partir de qué edad las mujeres deben realizarse la mamografía?

- () A partir de los 20 años.
- () A partir de los 30 años.
- () A partir de los 40 años.
- () No sé.

38- ¿Cuáles signos de alerta considera usted, se pueden manifestar ante el cáncer de mama?

- () Endurecimiento de alguna parte del seno.
- () Salida de líquido (sangre o pus) por el pezón.
- () Enrojecimiento o ardor de la mama.
- () Hundimiento del pezón.
- () Aparición de una o varias masas (pelotitas).
- () Todas las anteriores.
- () Lo desconozco.

39- De las siguientes opciones, ¿cuál o cuáles acciones considera usted, favorecen la prevención del cáncer de mama?

- Recibir información del tema.
- Contar con recursos económicos para realizarme los exámenes (mamografía y ultrasonido).
- El interés personal por realizarme el autoexamen de mama.
- Asistir a controles con el ginecólogo frecuentemente.
- El apoyo familiar en cuanto al cuidado de la salud.
- Otro.

40- De las siguientes opciones, ¿Cuál o cuáles acciones inciden en su conocimiento sobre el autoexamen de mama y el cáncer de mama?

- Falta de información.
- Falta de recursos económicos para realizarme los exámenes.
- Falta de interés en su propia salud
- Desinterés familiar en temas de prevención de enfermedad
- Otros.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



Anexo 8

Brochure informativo

Realizar el autoexamen de mama permite detectar signos y síntomas relacionados al cáncer de mama:

- ◆ Endurecimiento de alguna parte del seno.
- ◆ Salida de líquido (sangre o pus) por el pezón.
- ◆ Enrojecimiento o ardor de la mama.
- ◆ Hundimiento del pezón.
- ◆ Aparición de una o varias masas (pelotitas).
- ◆ Asimetría (diferencia de tamaño en los senos)



Medidas preventivas para disminuir el riesgo de presentar cáncer de mama

- ◆ Realizar 1 vez por mes el autoexamen de mama (7 días después de la menstruación)
- ◆ Asistir 1 vez por año (mínimo) a la consulta ginecológica
- ◆ Realizarse la mamografía a partir de los 40 años (1 vez por año)
- ◆ Consumir frutas y vegetales diariamente de 2 a 3 porciones
- ◆ Realizar actividad física diariamente
- ◆ Mantenerse en el peso adecuado
- ◆ Evitar consumo de dietas ricas en grasa (comida rápida)
- ◆ No fumar, evitar el consumo de bebidas alcohólicas



Jessica Mora Blanco
Estudiante de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Autoexamen de mama



Guía práctica sobre el autoexamen de mama y medidas preventivas del cáncer de mama.

¿Qué es el autoexamen de mama ?

La Caja Costarricense del Seguro Social define el autoexamen de mama como: "Técnica manual para la exploración física de las mamas que permite identificar protuberancias anormales."

Importancia

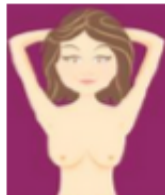
Realizar el autoexamen de mama de manera constante, permite a la mujer conocerse a sí misma, y su práctica es fundamental para la detección temprana del cáncer de mama.

¿Sabe realizar el autoexamen de mama?

Paso 1: Observación.

De pie, frente al espejo con ambos senos descubiertos, debe elevar ambos brazos y observar si hay diferencia en los senos, su forma y tamaño deben ser simétricos, así mismo, debe examinar si hay hundimientos en la mama.

Debe observar el pezón, y si hay alguna diferencia entre ambos.

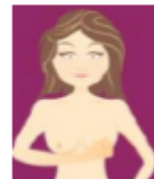


Paso 2: Palpación.

Debe colocar la mano derecha detrás de la cabeza, elevando el codo y con la yema de los dedos de la mano izquierda, examinar la mama derecha iniciando la palpación del seno desde el borde hacia el pezón con movimiento circulares, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, y valorar la presencia de masas o dolor en el seno.



Paso 3: Examine el pezón Debe presionar suavemente con el dedo pulgar e índice con el fin de observar la salida de alguna secreción o sangrado.

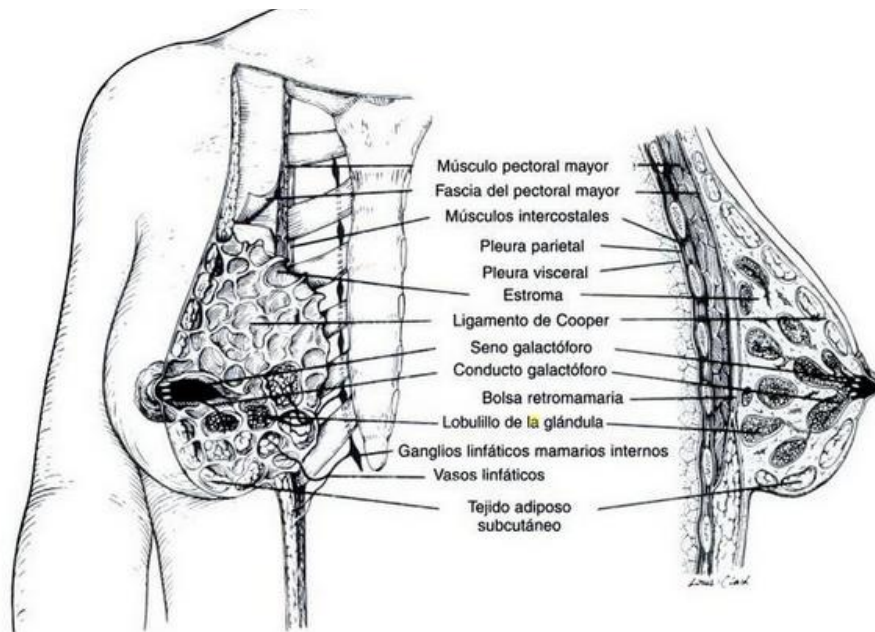
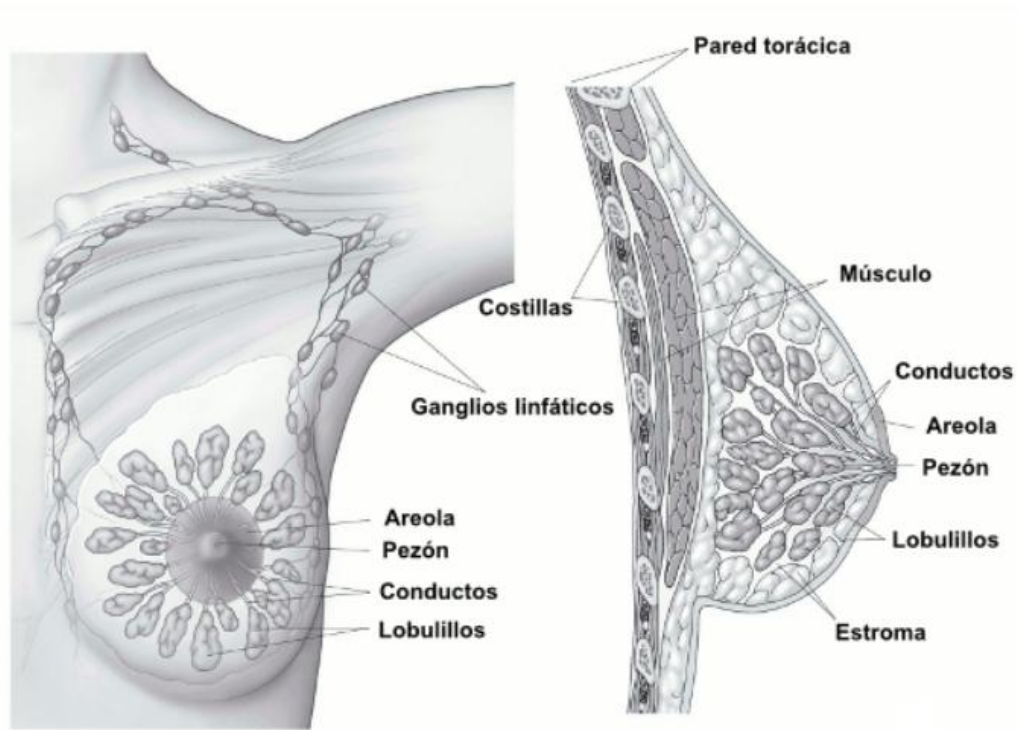


Paso 4: Examine las axilas y debajo del cuello con el fin de distinguir protuberancias (bolitas) en esas zonas.

- ♦ Para una correcta autoexploración debe repetir los pasos 2, 3, y 4 acostada en una superficie plana
- ♦ Debe recordar que: el autoexamen debe ser realizado en ambas mamas, ambas axilas, y bajo el cuello.

Anexo 9

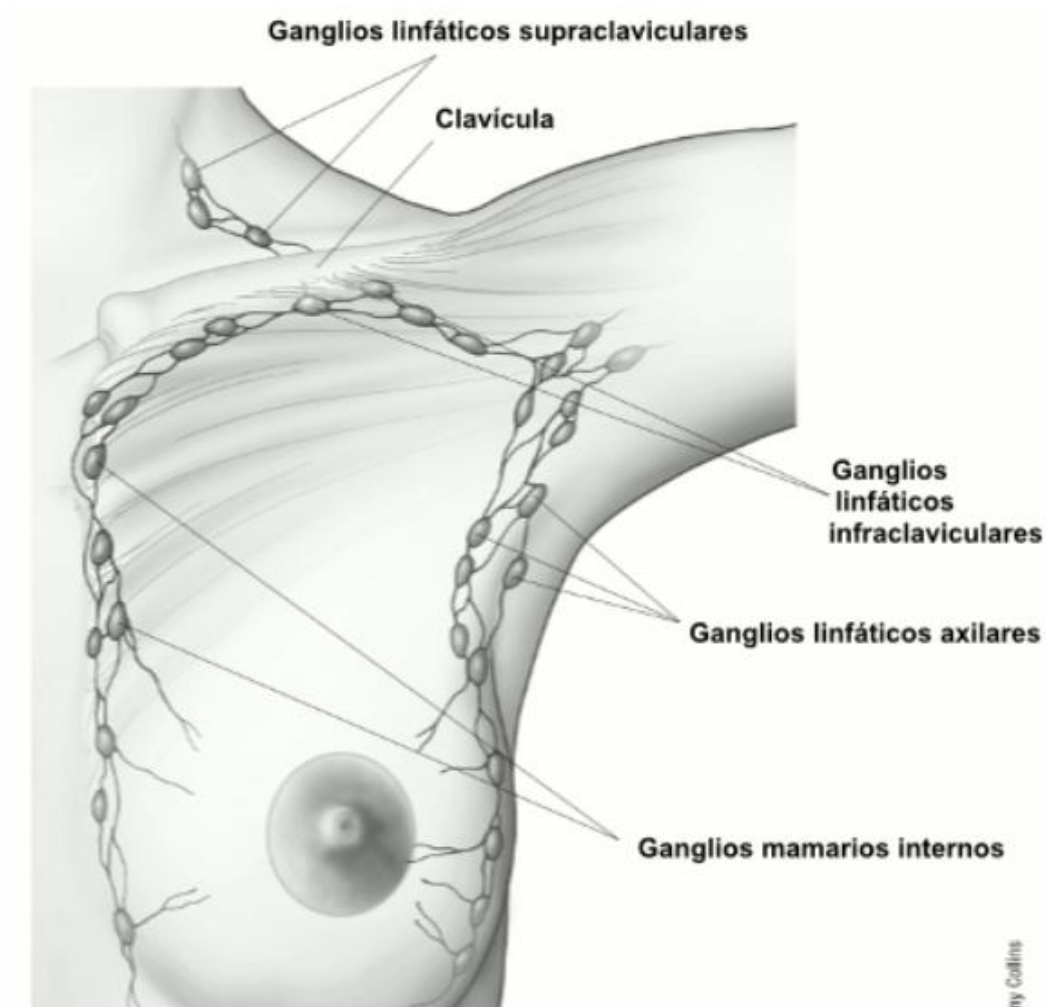
Anatomía Mamaria



Fuente: Tijerina C. La glándula mamaria. [INTERNET]. Disponible en:
http://www.sitios.itesm.mx/webtools/Zs2Ps/libros/lagl_ndula.pdf

Anexo 10

Ganglios linfáticos en relación a la glándula mamaria



Fuente: Tijerina C. La glándula mamaria. [INTERNET]. Disponible en:
http://www.sitios.itesm.mx/webtools/Zs2Ps/libros/lagl_ndula.pdf

Anexo 11

Cambios del desarrollo mamario

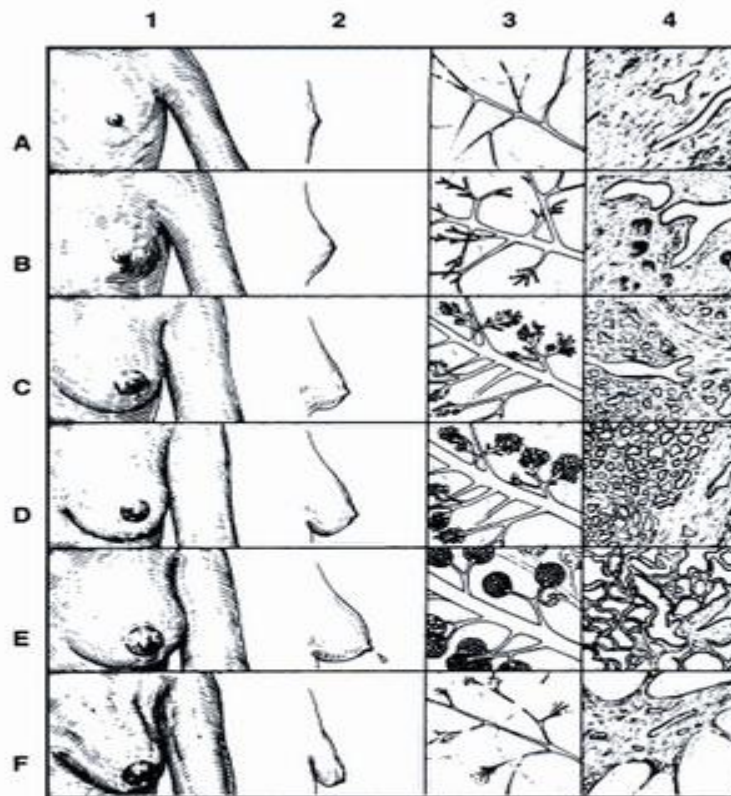


FIG. 2-2 Esquema que ilustra el desarrollo de la glándula mamaria. En las columnas 1 y 2 se muestran vistas anteriores y laterales de la mama. Los aspectos microscópicos de los conductos y los lobulillos se observan en las columnas 3 y 4, respectivamente. Paneles: A, prepubertad (niñez); B, pubertad; C, madurez (periodo reproductivo); D, embarazo; E, lactancia; F, estado posmenopáusico (senil). (De Copeland EM III, Bland KI: *The Breast*. En Sabiston DC Jr [ed.]: *Essentials of Surgery*. Filadelfia, 1987, WB Saunders.)

Fuente: Bland K, Copeland E. La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Vol 1. Tercera edición. 2007. Buenos Aires: Médica Panamericana

Anexo 12

Estatificación del cáncer de mama

CLASIFICACIÓN DEL TUMOR SEGÚN TNM (UICC/AJCC, 2002)

Tumor (T y pT)	Clasificación
Tx	El tumor primario no se puede medir
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> (Tis): intraductal (Tis DCIS), lobulillar (Tis LCIS), o enfermedad de Paget del pezón sin tumor y sin componente invasivo (Tis Paget)
T1 T1mic T1a T1b T1c	Tumor ≤ a 2 cm de diámetro máximo Microinvasión ≤ 0,1 cm de diámetro máximo > 0,1 cm pero ≤ a 0,5 cm > 0,5 cm pero ≤ 1,0 cm > 1,0 cm pero ≤ 2,0 cm
T2	Tumor > 2,0 cm pero ≤ 5,0 cm
T3	Tumor > 5,0 cm
T4 T4a T4b T4c T4d	Tumor de cualquier tamaño que se extienda a la piel o a la pared torácica* Extensión a la pared torácica Edema o ulceración de la piel o los nódulos dérmicos satélites Extensión a ambos (4a y 4b) Carcinoma inflamatorio

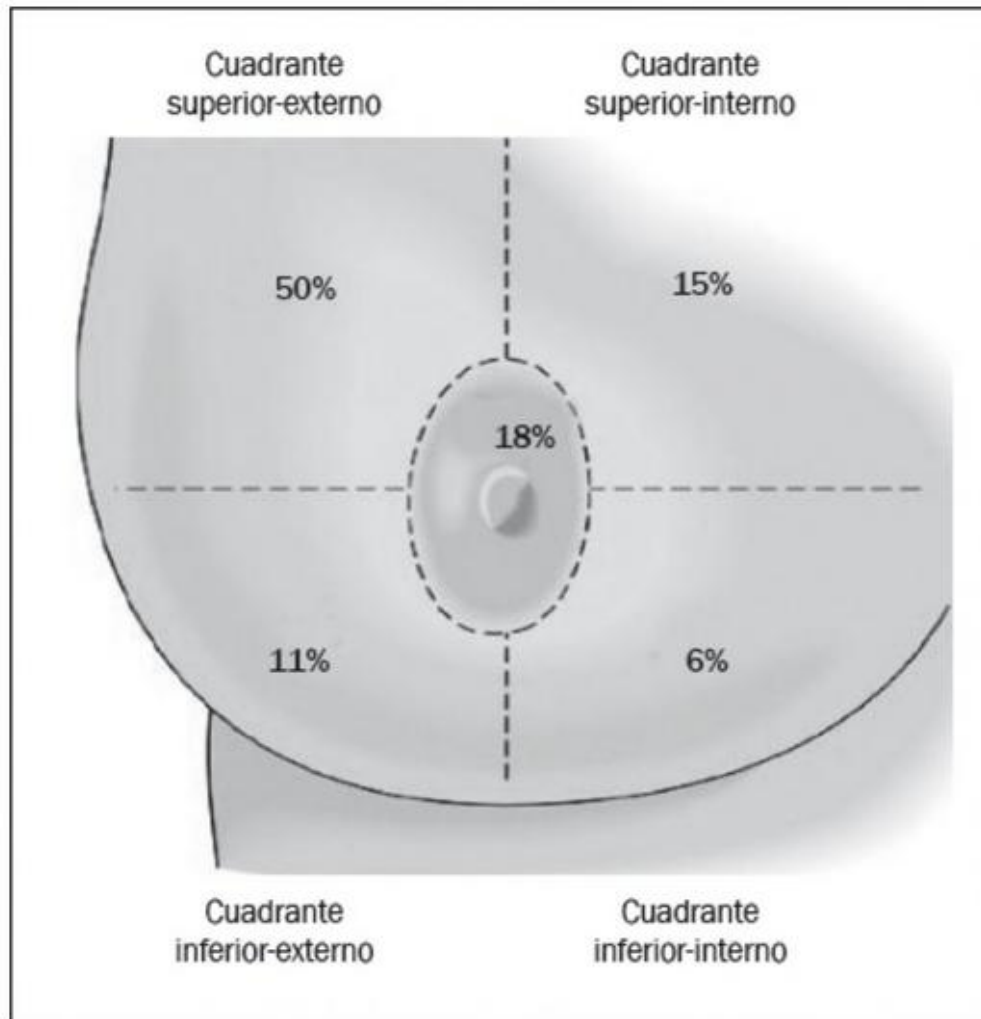
La categoría T sólo se refiere al componente invasor. En cáncer sincrónico, la T más alta. En caso de duda, la T más baja. Esta clasificación sólo sirve para carcinomas.

* La pared torácica incluye costillas, músculos intercostales y serrato anterior, pero no el pectoral mayor).

Fuente: Cirugía Asociación Española de Cirujanos. Obtenido de: <https://books.google.co.cr>

Anexo 13

Frecuencia del cáncer de mama



Fuente: Calhoun K, Giuliano A. Cáncer de mama. Ed Berek J. Ginecología de Novak. 14^o edición. Barcelona: Lippincott Williams y Wilkins. 2008.

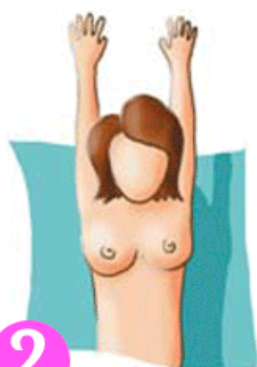
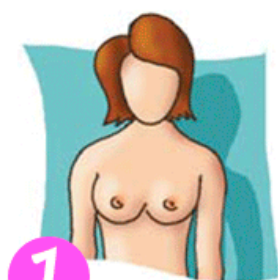
Anexo 14

Técnica de Autoexamen Mamario

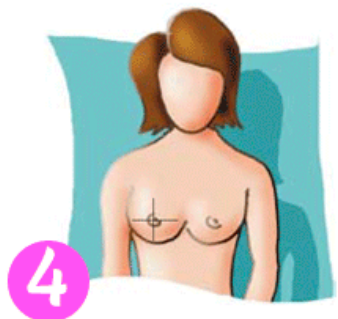
Auto examen de mamas

Pasos básicos de una práctica debemos convertir en hábito.

OBSERVACIÓN



PALPACIÓN



Fuente: Como realiza el autoexamen mamario. [INTERNET]. Disponible en: <http://www.clinicamagnasalud.es/articulos/ginecologia/como-hacerse-autoexamen-de-mama-en-5-pasos/>