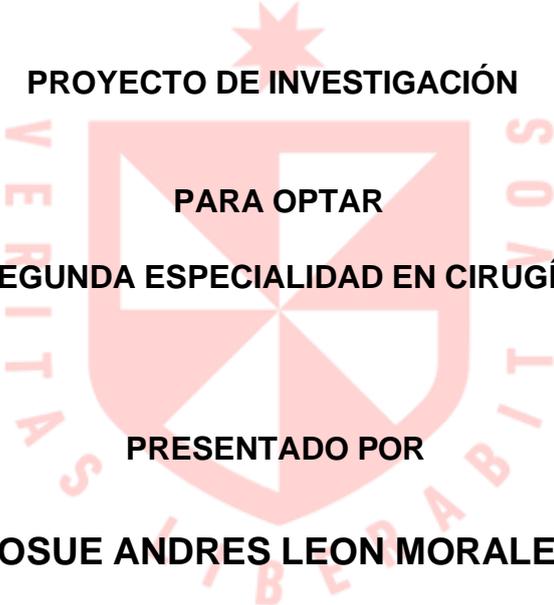


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

FACTORES DEL ESTILO DE VIDA Y CANCER DE MAMA
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2017 – 2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA
PRESENTADO POR
JOSUE ANDRES LEON MORALES



ASESORA

GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DEL ESTILO DE VIDA Y CANCER DE MAMA
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2017 – 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACION

PARA OPTAR

EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA

PRESENTADO POR

JOSUE ANDRES LEON MORALES

ASESOR

DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

LIMA, PERU

2024

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo general	2
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	3
1.5 Limitaciones	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4
2.1 Antecedentes	4
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	24
3.1 Formulación	24
3.2 Variables y su definición operacional	24
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	25
4.1 Diseño metodológico	25
4.2 Diseño muestral	25
4.3 Técnicas de recolección de datos	26
4.4 Procesamiento y análisis de datos	26
4.5 Aspectos éticos	27
CRONOGRAMA	29
PRESUPUESTO	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

JOSUE ANDRES LEON MORALES

FACTORES DEL ESTILO DE VIDA Y CANCER DE MAMA HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2017 – 2022

My Files
My Files
Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::29427:412892008

Fecha de entrega
5 dic 2024, 8:49 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
5 dic 2024, 8:50 a.m. GMT-5

Nombre de archivo
TESIS II TAREA FINAL (3).docx

Tamaño de archivo
997.6 KB

38 Páginas

11,651 Palabras

61,799 Caracteres



15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El cáncer de mama, en el Mundo, es una patología que afecta principalmente a mujeres; y dentro de todos los cánceres en la mujer, el cáncer de mama se ubica en el primer lugar con una tasa de incidencia de 51.2%; En segundo y tercer lugar se encuentran el cáncer de cérvix y el cáncer colorrectal con una tasa de incidencia de 15.2% y 14.9% respectivamente.

Las tasas de incidencia estimadas de cáncer en el mundo en el 2020, incluido a ambos sexos y a todas las edades, ubican al cáncer de mama en primer lugar con 47.8%. En segundo y tercer lugar se encuentran el cáncer de próstata y Cáncer de Pulmón con, 30.7% y 22.4% respectivamente.

En el país, la tasa de incidencia estimada por cáncer de Mama es de, 51.2% ubicándola en segundo lugar, incluido ambos sexos y todas las edades, con una tasa de mortalidad de 13.3%; Siendo superada por el cáncer de próstata con una tasa de incidencia de 58.4% y de mortalidad 14.1%. En tercer lugar, se encuentra el Cáncer colorrectal con una tasa de incidencia de 16.4%.

Según la Organización Mundial de la Salud en un reporte del 2016, se concluye que el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. Además, mencionan que la actividad física contribuye a la prevención y gestión de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes; así mismo, Se podrían evitar hasta 5 millones de fallecimientos al año con un mayor nivel de actividad física de la población mundial. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen un riesgo de muerte entre un 20% y un 30% mayor en comparación con las personas que alcanzan un nivel suficiente de actividad física. Más del 80% de los adolescentes del mundo tienen un nivel insuficiente de actividad física.

Todos estos datos ubican al cáncer de mama como una realidad problemática de gran magnitud y urgencia, por lo que identificar los factores de riesgo que más se asocian al cáncer de mama toma vital importancia, ya que de esa manera se podrán tomar medidas preventivas para disminuir la incidencia.

Actualmente existen campañas de Liga contra el cáncer de mama en cuanto al Diagnóstico precoz, como prevención secundaria, para un correcto tratamiento oportuno y evitar la mortalidad de diagnosticar el Cáncer de mama en estadios avanzados. Así como también existen publicidades y campañas de estilo de vida saludables; Sin embargo, es muy limitada la publicidad hacia la población general sobre los estilos de vida y cómo estos condicionan a padecer algún cáncer, en particular el Cáncer de mama.

En el Hospital María Auxiliadora, el cáncer de mama es una patología de gran magnitud debido al acortamiento de la esperanza de vida en estadios avanzados; el conocimiento de los factores de riesgo que más se asocian a dicha patología protagoniza un papel muy importante para la identificación del cáncer de mama en estadios tempranos en pacientes de alto riesgo, y posterior tratamiento oportuno.

El presente trabajo es de vital importancia, debido a que aportará conocimiento que va a alertar al médico que atiende en la primera consulta ante un paciente que cumpla los factores de riesgo que más se asocian al cáncer de mama. La no realización del presente trabajo de investigación privaría de conocimiento importante en la práctica clínica diaria y probablemente llegarían pacientes en estadios más avanzados, donde la esperanza de vida ya está afectada.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores del estilo de vida que más se asocian a padecer cáncer de mama en las mujeres que acuden al consultorio de Patología mamaria del Hospital María Auxiliadora entre el 2017 al 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores del estilo de vida que más se asocian a padecer cáncer de mama en las mujeres que acuden al consultorio de Patología mamaria del Hospital María Auxiliadora.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la asociación de los hábitos nocivos al desarrollo del cáncer de mama.
- Reconocer la asociación entre el peso y la actividad física al desarrollo del cáncer de mama.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio es de gran importancia, debido a que estos conocimientos beneficiarían una gran cantidad de la población con factores de riesgo para padecer cáncer de mama; Al identificar los factores de riesgo que se asocian al cáncer de mama, nos brinda una herramienta útil para actuar sobre los dichos factores promoviendo estilos de vida saludables y disminuir la incidencia de la enfermedad.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio cuenta con el permiso institucional para la realización del presente Proyecto institucional. Así mismo, el trabajo es factible, ya que se cuenta con los recursos humanos necesarios para la ejecución de la investigación. Además, se dispone de todos los recursos financieros y materiales suficientes para las necesidades del desarrollo de la investigación. Se dispone de amplia experiencia en el tipo y diseño de investigación.

1.5 Limitaciones

Dado que el estudio será observacional y se buscarán los datos en las historias clínicas, existe riesgo de sesgo de selección. El presente Proyecto de investigación presenta como limitaciones, la poca colaboración de paciente el cual se corrige con la empatía y una buena relación entrevistador – entrevistado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En 2020, Niurka O (1) desarrolló un estudio de tipo observacional y retrospectiva sobre Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Se empleó 25 artículos de texto completos, en un período comprendido desde septiembre 2018 a enero 2019, accediendo a las bases de datos de Scielo de artículos tanto nacionales como internacionales, los cuales se sometieron a una lectura crítica utilizando métodos teóricos (análisis histórico-lógico y análisis-síntesis) y empíricos (análisis documental). Se encontró que la edad, los antecedentes heredofamiliares de cáncer, el sexo femenino, el alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad, el sobrepeso, el color de la piel, la edad de la menarquía, la edad de la menopausia, los antecedentes de enfermedades benignas de la mama, el uso de tratamiento de reemplazo hormonal, la cantidad de hijos, el tiempo de lactancia materna y la actividad física, entre otros, constituyen factores de riesgo predisponentes al cáncer de mama. Las conclusiones fueron que no existe una causa única que provoque cáncer de mama de ahí la importancia del reconocimiento de estos factores de riesgo para la prevención mediante conductas y hábitos que se ha demostrado tener un efecto protector como, dar leche materna, realizar ejercicio físico, llevar una dieta baja en grasas y alta en frutas y verduras, no consumir tabaco ni alcohol, evitar la obesidad, y además el diagnóstico precoz mediante la autoexploración, el examen clínico de las mamas y la mamografía.

Amse NR y Nieto AB (4) publicaron, en 2017, una investigación sobre Índice de estilos de vida y riesgo de presentar cáncer de mama en mujeres de Córdoba, Argentina 2008-2016. Se empleó una muestra de 912 mujeres (346 casos y 566 controles) donde se valoraron medidas antropométricas, ingesta alimentario habitual, estado nutricional, actividad física, horas sentado, horas de sueño, lactancia materna hasta los 6 meses, hábito de fumar y se realizó un Score del Índice de Estilos de Vida. Se encontró que, por cada unidad de aumento en el score, las mujeres presentaron un 13% menos riesgo de presentar CM (OR: 0,87; p <0,05) Además, las que obtuvieron un score entre 9 y 12, presentaron un 52% menos de riesgo (OR: 0,48; p <0,05), y las que tuvieron un score mayor a 12, casi

un 90% menos de riesgo (OR: 0,11; $p < 0,05$). Las conclusiones fueron que un mayor score obtenido en el Índice de Estilos de Vida influye en un menor riesgo de presentar cáncer de mama y viceversa. Además, que el cumplimiento de sus recomendaciones podría prevenir el desarrollo de la enfermedad.

Durruthy LS et al, elaboró, en 2017, una investigación sobre Factores de Riesgo reproductivo en pacientes con cáncer de mama. Se empleó como método analítico-observacional de tipo caso - control en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba, desde marzo del 2006 a diciembre del 2009, además se reclutaron 300 pacientes con cáncer de mama y 300 controles y se midieron las variables edad de aparición de la menarquía, ciclos menstruales, estado menopáusico, edad de la menopausia, número de embarazos, paridad, edad del primer parto, tiempo de lactancia acumulada. Los resultados fueron que los factores que disminuyeron el riesgo: el número de embarazos a partir del tercero (OR:0,74; IC95%: 0,57-0,98), la paridad a partir del tercer parto (OR: 0,5; IC95%: 0,27-0,96), además los factores de riesgo: las menstruaciones irregulares (OR: 3,62; IC95%: 2,22-5,9), edad tardía a la menopausia (OR: 1,7; IC95%: 1,15-2,54) y el tiempo de lactancia acumulada menor de 5 meses (OR: 1,57; IC95%: 1,09-2,63). Las conclusiones fueron que se encontró como factores de riesgo para el cáncer de mama, las menstruaciones irregulares, edad tardía a la menopausia, tiempo de lactancia acumulada menor de 5 meses.

En 2015, Sifuentes Álvarez A (6) desarrolló un estudio de tipo casos y controles, analítico, observacional, transversal, retrospectivo sobre Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama que acudieron a consulta al Centro Estatal de Cancerología de la Secretaría de Salud de la ciudad de Durango. Se empleó las tablas de Schlesselman. Los datos se capturaron y analizaron con el paquete estadístico SPSS V15; se utilizó estadística descriptiva y se calculó la razón de momios. Se encontró que se estudiaron 50 casos y 100 controles con media de 50.6 años con desviación de ± 9.5 para los casos y 50.7 (DE ± 10.08) para los controles. Los antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama arrojaron una razón de momios (RM) igual a 5.182 (IC 95% de 1.694-15.855), la edad mayor al primer embarazo fue de 30 años (RM= 3.582; IC 95% de 1.121-11.439). Se concluyó que la reproducción y el antecedente heredofamiliar pueden influir en la

evolución del cáncer de mama, que es una enfermedad multifactorial.

En 2017, Álvarez CA (7) desarrolló un estudio de tipo descriptivo transversal, sobre Conocimiento de las estudiantes de Unitec sobre el cáncer de mama y su detección temprana usando la autoevaluación. Se empleó encuestas con un muestreo al azar y estratificado. Se encontró que El 70% (n=36) expresó que era sumamente importante hacer el autoexamen un 12% (n=6) consideró que era de mucha importancia y un 18% (n=9) que era algo importante. El 86% (n=44) describió los elementos mínimos del concepto de cáncer de mama. La frecuencia de autoevaluación fue una anual 29% (n=9), una vez cada 3-11 meses 35% (n=11) y mensual 35% (n=11). Sobre si conocían los pasos del autoexamen, la mayoría contestó que sí (n=36, 70%) pero de este grupo, 8% no pudo describir los pasos específicos para la realización del autoexamen. Siete encuestadas (14%) tenía antecedente familiar de cáncer de mama. Hubo mayor conocimiento del tema en estudiantes de Medicina y fue muy bajo entre estudiantes de Odontología y Nutrición. Se concluyó que pocas tenían conocimiento claro o la practicaban regularmente, y se requiere educación preventiva sobre cáncer de mama para todas.

Aguilar Cordero, MJ (8) publicó, en 2010, una investigación sobre Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Se empleó n 504 historias clínicas pertenecientes a pacientes de sexo femenino con edades comprendidas entre los 19 y los 91 años. Todas ellas diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama entre los años 2003 a 2008 en el Hospital Universitario "San Cecilio" de Granada (España). Se encontró una correlación significativa ($p = 0,001$) entre la edad de diagnóstico del cáncer, el tiempo de lactancia materna, y la existencia de antecedentes familiares y personales para cáncer. Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas test (t-Student) entre la edad media de diagnóstico del cáncer y el hecho de haber tenido o no descendencia ($t = 0,559$, $p = 0,576$). Las conclusiones fue que la lactancia materna por períodos de tiempo superiores a seis meses no sólo proporciona a los niños numerosos beneficios para su salud, sino que también puede proteger a la madre de enfermedades graves, como lo es el cáncer de mama.

Rodríguez CC (9) publicó, en 2015, una investigación sobre Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí. Se empleó el análisis de historias clínicas y encuestas. Se encontró que entre los factores de riesgo predominantes figuraron: no realización de ejercicios físicos (84,2 %), sobrepeso u obesidad (50,0 %) y menos de 4 meses de lactancia materna o no ofrecimiento de esta (37,1 %). Las conclusiones fueron que la mayoría de las mujeres realizaban la autoexploración mamaria mensual (54,2 %), pero en 8,7 % de ellas el examen clínico resultó dudoso, por lo cual fueron remitidas a la consulta de Mastología.

Yi-Sheng Sun, Zhao Zhao. (18) publicó en 2017, una revisión sobre Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama donde se resumen los estudios clave de la patogenia, los genes relacionados, los factores de riesgo y los métodos preventivos del cáncer de mama en los últimos años. Se encontró que la reducción de los factores de riesgo y la quimio prevención son dos medidas principales para prevenir el cáncer de mama. Sin embargo, solo el 4,1% de las mujeres de alto riesgo están dispuestas a tomar medicamentos de quimio prevención. El miedo a los efectos adversos y la falta de comprensión del cáncer de mama pueden atribuirse a esta falta de voluntad. Aunque el modelo de Gail o el modelo IBIS se usa ampliamente para determinar el riesgo de cáncer de mama en función de la edad de la mujer, el antecedente familiar, raza y factores reproductivos, aún se carece de una estrategia confiable para evaluar exactamente la relación de riesgo del cáncer de mama. Las conclusiones fueron que las mejoras en la tecnología de secuenciación, la secuenciación del genoma individual podría ser un método poderoso para evaluar el riesgo de cáncer de mama y en el futuro, es necesario desarrollar mejores medicamentos con menos efectos adversos y una relación riesgo-beneficio favorable

En 2015, DeSantis CE, et al, realizó una publicación sobre la incidencia de cáncer de mama entre mujeres negras y blancas, se concluyó que, aunque históricamente las mujeres blancas han tenido tasas de incidencia más altas que las mujeres negras, en 2012 las tasas convergieron. En particular, durante 2008 a 2012, las tasas de incidencia fueron significativamente más altas en mujeres negras en comparación con mujeres blancas en 7 estados, principalmente ubicados en el sur.

De 1989 a 2012, Las tasas de mortalidad por cáncer de mama se redujeron en un 36 %, lo que se traduce en 249 000 muertes por cáncer de mama evitadas en los Estados Unidos durante este período. Esta disminución en las tasas de mortalidad fue evidente en todos los grupos raciales/étnicos excepto en los indios americanos/nativos de Alaska. Sin embargo, la disparidad de mortalidad entre mujeres negras y blancas en todo el país ha seguido aumentando; y, para 2012, las tasas de mortalidad eran un 42 % más altas en mujeres negras que en mujeres blancas. Entre 2003 y 2012, las tasas de mortalidad por cáncer de mama disminuyeron para las mujeres blancas en los 50 estados; pero, para las mujeres negras, se produjeron descensos en 27 de los 30 estados que tenían datos suficientes para analizar las tendencias. En 3 estados (Mississippi, Oklahoma y Wisconsin), las tasas de mortalidad por cáncer de mama en mujeres negras se mantuvieron estables entre 2003 y 2012. Por lo que se concluye que es probable que continúen aumentando las disparidades raciales en la mortalidad por cáncer de mama.

Suarez M, Muñoz Y. (20), en Colombia-2018. Realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados al cáncer de mama en mujeres con diagnóstico de la enfermedad, atendidas en las instituciones de salud del Municipio de Popayán Cauca durante los años 2014-2017. Metodología: Para determinar los factores asociados se tuvieron en cuenta los antecedentes familiares, características reproductivas y los estilos de vida en el riesgo de desarrollar cáncer de mama, se estudiaron los casos (116) por primera vez diagnosticadas y la confirmación histológica se realizó entre 2014-2017 personas mayores de 18 años. Los controles se seleccionaron de acuerdo con la edad y un diagnóstico mamográfico negativo. La encuesta se realizó mediante entrevistas y el análisis se llevó a cabo mediante estadísticas SPSS. Los resultados que predominaron en los casos fue la etapa 1 (35,3%), y la etapa de control 2 (30,2%); el ingreso promedio de los casos fue $< 0,05$). Se encontró que la edad, la etnia, nivel de educación, y régimen de afiliación en relación con el diagnóstico de cáncer fueron estadísticamente significativa entre los grupos de estudio; vivir en la segunda clase o en la clase baja es más riesgoso que vivir en la clase alta.

Alcivar M. (Ecuador-2017). Realizo un estudio con el objetivo de evaluar

conocimientos y prácticas del autoexamen de mama como herramienta de prevención de cáncer en las mujeres de 35 a 65 años del barrio Tercer piso en la ciudad de Esmeraldas. Es un estudio cuantitativo, se obtuvo la información de 62 participantes, mediante un muestreo intencional, se utilizó como instrumento una encuesta y una guía de observación. Los resultados demuestran que el 57% tienen un nivel bajo de conocimiento, 61% de la información es obtenida sobre el autoexamen de mama refirieron ser obtenida por medio del internet predominando la autoformación, en la práctica los resultados fueron desfavorables ya que de todas las mujeres que lo realizaban solo el 8% utilizaban técnicas adecuadas, mientras que 38% reseñó haber tenido o tener lesión en el tejido mamario. Se concluye que el nivel de conocimiento es bajo y que la información obtenida carece de guía profesional, la alteración con mayor frecuencia referida fue el enrojecimiento en el tejido. Dejando en claro el desconocimiento y debilidades marcadas en la práctica de la autoexploración mamaria. (21)

Alvarado H, González M. (Nicaragua-2015). Realizaron un estudio el objetivo fue determinar Conocimientos, Práctica del autoexamen de mamas mujeres de 20–49 años, Estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte Transversal, población 50 pacientes de 20-49 años, se aplicó encuesta con preguntas abiertas y cerradas. En los aspectos demográficos la mayoría se encuentran entre las edades de 25- 35 años, cursaron primaria, y secundaria, amas de casas, son urbanas, y rurales, viven acompañada y casadas con paridad mayor de cuatro hijos. Tienen conocimiento de auto examen de mamas, con paridad de cuatro hijos y opinan realizarse durante la menstruación y otro después de la regla, con mayor conocimiento las del área urbana, conocen los factores de riesgo de cáncer de mamas, las de primaria identifican anormalidades de los senos, bolitas, masas seguidas de otra que afirmó piel naranja, escamosa. La mayoría tienen antecedentes familiares maternos, los factores de riesgos son pastillas anticonceptivas, no lactar, nulíparas, los signos y síntomas son secreción, masas duras, dolor, las del área urbana afirman que la dieta son vegetales y frutas. La mayoría practica el auto examen: diario, cada tres meses, frente al espejo, acostada, alrededor de las mamas, observan retracción del pezón, simetría de los senos. (22)

Callata L. (Puno-2019). Realizó la presente investigación con la finalidad de

determinar el nivel conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias del consultorio de ginecología del Centro de Salud 4 de noviembre I-3. Estudio descriptivo; la muestra contiene 60 usuarias de un total de 143; Se aplicó una encuesta para recolectar los datos. Los resultados muestran que 53.3% usuarias tienen un nivel de conocimiento deficiente, 35% conocimiento regular en cuanto al factor no modificable, el 55% de usuarias tienen un nivel de conocimiento deficiente referente al factor menarquia, seguido de la raza y edad avanzada con 53.3% y 55% nivel de conocimiento regular frente antecedentes personales, sobre factor genético con 51.7%; en cuanto al factor modificable, el 53.3% tienen un nivel de conocimiento deficiente respecto al factor estilos de alimentación, seguido del consumo de alcohol y uso de hormonas con 51.7%. Sobre prevención, el 51.7%, tienen un nivel de conocimiento regular acerca con prevención mediante mamografía, seguido del autoexamen mamario con 50%. En conclusión, las usuarias desconocen los factores no modificables, modificables y cómo prevenir el cáncer de mama con un nivel de conocimiento deficiente a regular. (23)

Vilca C, Quispe N, Vega A. (Lima-2017). Se llevó a cabo una investigación, el objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en estudiantes del segundo y tercer ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma en el año 2017. Estudio observacional, cuantitativo, transversal, relacional y analítico, muestra realizada a 114 estudiantes, los cuales 40 de segundo ciclo y 74 tercer ciclo, todos pertenecen a la Facultad de Medicina, instrumento que se utilizó fue una encuesta previa validación incluyendo pautas, datos personales e ítems referente a conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama. Los datos se obtuvieron mediante el programa estadístico IBM SPSS v.24 y Microsoft Excel 2013. En los resultados se observó que el nivel de conocimiento predominante fue el nivel de conocimiento medio del 70,2% (80 alumnos); conocimientos nivel bajo (17,6%) y conocimientos de alto nivel (12,2%). Entre las variables estudiadas, solo la edad mostró asociación con el nivel de comprensión. En última instancia, la comparación del conocimiento con la prevención del cáncer de mama no encontró una asociación significativa. Llegaron a la conclusión que el nivel de conocimientos era medio. (24)

Oliva s, Ramírez c. (Trujillo 2016). Desarrollaron un estudio con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y medidas preventivas del cáncer de mama en internas de enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo – 2016, Estudio descriptivo correlacional, transversal, muestra conformada por 60 internas de enfermería. Los datos se obtuvieron mediante dos cuestionarios: el primero mide el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer de mama y el segundo el nivel de aplicación de medidas preventivas de cáncer de mama. Los resultados fueron que el 97% de internas de enfermería tuvo un nivel de conocimiento sobre factores de riesgo adecuado y el 3 % inadecuado; así mismo se encontró que el 65 % de internas de enfermería tienen un nivel adecuado de medidas preventivas de cáncer de mama y el 35% inadecuado. Las variables tienen correlación directa, de grado medio y altamente significativa ($p < .01$), se identificó una distribución asimétrica en las variables. (25).

En 2016, Alim NE, Kiziltan G. (26) desarrollo un estudio de tipo casos y controles. Se empleó Se llevó a cabo en 40 pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama y 40 individuos voluntarios sin diagnóstico de cáncer y antecedentes de cáncer en la familia con características similares al grupo de pacientes emparejados por edad y sexo entre marzo y Julio de 2016. Se encontró que existe una relación positiva significativa entre el cáncer de mama y la edad de la menarquia, edad del primer parto, edad de la menopausia, comer rápido y fumar; por otro lado, una relación negativa significativa entre la ingesta de fibra dietética y vitamina C y el cáncer de mama. Se concluyó que el riesgo de desarrollar cáncer de mama podría disminuirse mediante cambios en el estilo de vida y con una dieta sana y equilibrada, sin embargo, necesario realizar más estudios para confirmar las observaciones hechas en el presente estudio.

M. Jevtic (27) publicó, en 2010, una investigación sobre La influencia de la dieta en el cáncer de mama. Se empleó la revisión de múltiples literaturas. Se encontró que ciertos estilos de vida y factores ambientales juegan un papel importante en el riesgo de cáncer de mama, la falta de una asociación general entre los patrones dietéticos y el riesgo de cáncer de mama puede deberse a varias razones. Consumimos los alimentos como un todo, no los constituyentes, por lo que la suma de varios alimentos puede resultar en factores pro y anticancerígenos que anulan

los efectos de los demás. La segunda razón es el llamado “efecto de saturación”. La mayoría de los estudios se realizaron en países desarrollados occidentales donde las poblaciones son homogéneamente grandes consumidoras de grasas, al menos el 30% de la ingesta calórica total. De este modo, el rango de variabilidad sería demasiado estrecho para mostrar diferencias en los efectos. La evidencia de que la gordura corporal es una causa de cáncer de mama posmenopáusica es convincente, al igual que la evidencia de que las bebidas alcohólicas son una causa de cáncer de mama en todas las edades. En el otro Por otro lado, la gordura corporal probablemente protege contra el cáncer de mama diagnosticada antes de la menopausia. Las conclusiones fueron que el consejo dietético actual debe ser evitar la obesidad, abstenerse del consumo de alcohol, mantener una dieta variada y mantener un nivel deseable de actividad física.

Amadou, A. elaboró, en 2014, una investigación sobre cáncer de mama en América latina: carga mundial, patrones y factores de riesgo. Se empleó dos fuentes de datos el GLOBOCAN de la Agencia internacional para la investigación del cáncer y la búsqueda en MEDLINE y PUBMED. Los resultados fueron que, entre los factores importantes identificados, la actividad física, la dieta con alimentos y bebidas bajos en azúcar, bajos en carne frita y rico en vegetales debe ser promovido. Además, se debe limitar el consumo de alcohol. Las conclusiones fueron que la información será de importancia crucial para la identificación de susceptibles mujeres para centrar los programas de prevención y mejorar el tratamiento del cáncer de mama. Paralelamente, una mayor conciencia pública de cáncer de mama y la expansión del acceso a la detección son estrategias que reducirá la mortalidad por cáncer de mama (28).

Anderson, AS., en 2016, publicó un trabajo sobre comportamientos de salud y su relación con el control de la enfermedad en personas que acuden a clínicas de genética con antecedentes familiares de cáncer de mama o colorrectal. Se empleó un cuestionario (datos demográficos, peso y altura, comportamientos de salud y medidas psicosociales de riesgo y control percibido) y además de participar en una entrevista en profundidad. En los resultados, se observa que las tasas de

tabaquismo informadas (11 %) eran modestos, la mayoría (54 %) tenía un IMC > 25 kg/m², el 55 % presentaba niveles bajos de actividad física, el 58 % reportaba ingestas inadecuadas de alcohol y el 90 % presentaba ingestas de fibra indicativas de una dieta baja en vegetales. El análisis de regresión indicó que la creencia en el control de los profesionales de la salud se asoció con un mayor comportamiento de salud y la creencia en el fatalismo con un peor comportamiento de salud. Si bien los consejos sobre el estilo de vida se consideraron interesantes en general había poco apetito por la orientación no personalizada. Se concluyó que los comportamientos de salud actuales son incongruentes con el riesgo de cáncer guía de reducción entre los pacientes que tienen activamente buscó consejo sobre el riesgo de enfermedad. Hay algunos indicios de que los consejos de estilo de vida serían bienvenidos, pero se requiere aprobación un enfoque sensible y flexible, y queda por explorar la aceptabilidad de las intervenciones en el estilo de vida (29).

Sumei Chen (30) publicó, en 2016, una investigación sobre Ingesta de fibra dietética y riesgo de cáncer de mama. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de estudios epidemiológicos. Se encontró que la ingesta de fibra dietética logró una disminución del 12 % en el riesgo de cáncer de mama, además la asociación entre la ingesta de fibra dietética y el riesgo de cáncer de mama fue significativa. El incremento de 10 g/d en la ingesta de fibra dietética se asoció con una reducción del 4% en el riesgo de cáncer de mama, y se encontró poca evidencia de sesgo de publicación. Las conclusiones fueron que la dieta, el consumo de fibra se asocia significativamente con un menor riesgo de cáncer de mama, particularmente en mujeres posmenopáusicas.

2.2 Bases teóricas

Cáncer

La palabra "cáncer" engloba hoy a más de 100 enfermedades: tienen en común una generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden diseminarse a otros órganos. Pasqualini se ocupó de describir las teorías (que en su formulación involucran al menos a cinco premios nobel). "no hemos conseguido vencer al cáncer todavía -señaló-. pero hay 5 paradigmas que

no podemos descartar" la teoría más antigua -que aún está en vigencia habla de virus que causan cáncer. la había sugerido el estadounidense Peyton Rous en 1911, al descubrir un virus asociado a cáncer en pollos. pero nadie le creyó hasta la década del cincuenta. Rous tenía razón y fue reconocido en 1966 con el premio nobel. hoy se sabe con más firmeza que los virus de las hepatitis b y c pueden causar tumores en el hígado y que ciertas cepas del virus del papiloma humano producen cáncer de cuello uterino. que el virus HTLV-1 -pariente del VIH- está vinculado a leucemias. y el virus Epstein-barr estaría asociado a ciertas formas de linfomas y/o leucemias. en 1969, otros dos estadounidenses, Robert Huebner y George todaro, mencionaron la palabra "oncogén", postulando que había un gen en el organismo que se podía activar por rayos x o por algún virus o agente cancerígeno y que podía ser responsable de la enfermedad. más adelante, la investigación de otros científicos llevó a descubrir que hay formas mutadas de genes que pueden inducir el cambio de células normales en cancerosas. hoy, por ejemplo, se asocia al oncogén "myc" con cáncer de pulmón, leucemias y linfomas. A partir de 1984, también fue ganando espacio la teoría de otros genes encargados de frenar el proceso de descontrol. son los "genes supresores de tumor", que, si fallan, pueden dejar que el cáncer avance. como lo es el llamado rb1, asociado a casos de retinoblastoma. en la década de los noventa, surgió la teoría génica, por la cual se postula que se produce una cascada de eventos, que combinan mutaciones de ciertos genes y ausencia o inactivaciones de los genes supresores de tumores. esa combinación trágica puede ser disparada por el consumo de tabaco, las dietas con grasas en exceso y la radiación ultravioleta, entre otros factores. "las aparentemente innumerables causas del cáncer -tabaco, sol, amianto, químicos, virus, todos estos y otros agentes- actuarían de la misma manera, tocando sobre un teclado genético para dañar algunos de nuestros genes en nuestro ADN genómico", escribió Michael Bishop, una de las eminencias en la carrera contra este mal. pero la cadena de condiciones que deben darse para que las células se vuelvan cancerosas no terminaba allí. según contó Pasqualini a clarín, "el grupo de células mutadas puede quedarse dormido durante mucho tiempo. por lo tanto, a principios de esta década, se descubrió que hace falta ayuda del microambiente para que las células se reproduzcan y formen un tumor". así, apareció la teoría de la inflamación, en la que tiene un papel protagónico el sistema inmune (sí, el mismo que defiende contra bacterias o virus). puede generar una

respuesta en forma de inflamación, que puede favorecer o impedir el crecimiento de un tumor. por ejemplo -señaló el investigador del conicet, Alberto Baldi- la infección por la bacteria helicobacter pylori puede producir inflamación crónica del estómago y desencadenar cáncer. Para Pasqualini, las cinco teorías se complementan. y, por si fuera poco, ya se vislumbra una sexta teoría: habría células, denominadas de reserva, que ya estarían afectadas por el cáncer, antes de que se especialicen (10)

Tipos de cáncer

El tipo de cáncer se define, entre otras cosas, por el tejido u órgano en el que se formó, aunque pueden definirse tantos tipos de cánceres como enfermos, cada uno con sus alteraciones moleculares y celulares específicas. así, según el tejido de origen, podemos definirlos como: Carcinomas. Se forman a partir de células epiteliales. Estas células tapizan la superficie de órganos, glándulas o estructuras corporales representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, como cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros. Sarcomas. Son cánceres que se forman a partir del tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso los más frecuentes son los, sarcomas óseos. Leucemias. Se originan en la médula ósea, tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las alteraciones en estas células pueden producir, respectivamente, anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación (sangrados o trombosis). Linfomas. Se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos para definir qué tipo de célula lo ocasionó La hiperplasia es una situación en la que se produce un aumento en la proliferación celular, manteniéndose la estructura celular normal habitualmente es una respuesta normal y reversible a un estímulo irritante. La displasia es un proceso no canceroso en el cual existe una proliferación excesiva caracterizada por la pérdida de la organización normal de los tejidos, y de la arquitectura celular normal de ordinario es reversible, pero puede sufrir una transformación carcinomatosa, por esta razón, las áreas de displasia deben monitorizarse, y a veces, tratarse, el caso más severo de displasia llega a formar el carcinoma "in situ", confinada dentro de la barrera anatómica más inmediata al lugar en que se inició, en el proceso de transformación carcinomatosa las células pierden en distinto grado la capacidad de diferenciación o especialización de sus funciones, y además proliferan activamente (entran en

"mitosis"), es decir, adquieren características "atípicas", estos cambios morfológicos en las células permiten clasificar a los tumores en diferentes grados, siendo tanto más agresivos cuanto más alto es su grado o indiferenciación, el creciente desarrollo de las técnicas de biología molecular, como los microarrays de genes, está permitiendo su clasificar con mucho más detalle los perfiles moleculares de cada tumor, al poder estudiar los perfiles de expresión génica o firmas genéticas del tumor, su aplicabilidad clínica es todavía muy limitada (11)

Dimensiones de los factores de riesgo de cáncer

Factores no modificables

a) Edad

La edad aumenta las probabilidades de tener esta enfermedad, afectando especialmente a aquellas mujeres 20 cercanas a la menopausia, aunque en los últimos años se ha observa a nivel mundial, la detección de la patología antes de los 40 años. La aparición de casos aumenta con la edad es por eso por lo que se realiza los despistajes entre 45 y 55 años, el proceso de envejecimiento es el mayor factor de riesgo para el cáncer de mama, esto se debe a que, como vivimos más, hay más oportunidades para el daño genético (mutaciones) en el cuerpo. Y a medida que envejecemos, nuestros cuerpos son menos capaces de reparar el daño genético. (17)

b) Sexo

Las personas que tienen mayores riesgos de desarrollar cáncer de mama son las mujeres, de hecho, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, y si bien puede afectar también a los hombres, la proporción es mucho menor (es cien veces más frecuente en la mujer que en el hombre).

c) Raza y origen étnico:

el cáncer de mama es el diagnóstico de cáncer más frecuente en las mujeres, a excepción del cáncer de piel, independientemente de la raza. Las mujeres de raza blanca tienen más probabilidades de desarrollar cáncer de mama que las mujeres de raza negra, pero entre las mujeres menores de 45 años, la enfermedad es más frecuente en las mujeres de raza negra que en las mujeres jóvenes de raza blanca. Las mujeres de raza negra también tienen más probabilidades de morir a causa de la enfermedad. Los motivos de las diferencias de supervivencia incluyen diferencias en la biología, otras afecciones de salud y factores socioeconómicos que afectan el acceso a la atención médica. las mujeres de herencia judía asquenazi o de Europa

del este también tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama debido a que son más propensas a haber heredado una mutación del gen brca. Es menos común que se diagnostique el cáncer de mama en mujeres hispánicas, isleñas asiáticas o del pacífico y en mujeres nativas indígenas de América del Norte y de Alaska. Tanto las mujeres de raza negra como las hispánicas son más propensas a recibir un diagnóstico de tumores más grandes y de cáncer en una fase más avanzada que las mujeres de raza blanca. Sin embargo, las mujeres hispánicas en general tienen mejores tasas de supervivencia que las mujeres de raza blanca. Los diagnósticos de cáncer de mama han aumentado en la segunda generación de mujeres isleñas asiáticas y del pacífico e hispánicas, por razones aún desconocidas. Sin embargo, el aumento probablemente se relacione con los cambios en la dieta y el estilo de vida asociados con la vida en los Estados Unidos.

(13)

d) Antecedente personal:

La genética, tiene un papel decisivo en el 5% de los cánceres de mama y entre un 5-10% de los de colon. Las personas con antecedentes familiares de un mismo tipo de cáncer deben acudir al médico especialista para que valore la conveniencia de realizar un consejo genético u otras medidas. Puede sospecharse de un caso de cáncer de mama hereditario cuando aparece en familias en las que padecieron la enfermedad más de un familiar de primer grado (madre, hermana, o hija), o más de dos de segundo grado (tía, abuela); a edades tempranas (menores de 45 años); en forma bilateral (afectando a las dos mamas); en miembros masculinos de la familia; o en ciertas etnias. El mastólogo, luego de evaluar la historia personal y familiar, y en caso de detectar que la paciente pueda tener este particular riesgo elevado, indicará la realización de pruebas específicas para identificar las mutaciones en genes como el brca 1 y brca 2, que puedan favorecer el desarrollo de la enfermedad

(13).

e) Antecedente familiar:

De todos los factores conocidos que aumentan el riesgo de aparición de cáncer de mama, la historia familiar es uno de los factores con más peso. La presencia de un familiar de primer grado (madre, hermana, hija) con cáncer de mama aumenta el riesgo de padecer la enfermedad entre 1,5 a 3 veces por sobre la población general. Este riesgo aumenta cuanto más temprana es la edad de aparición en el familiar afectado, y con el número de casos en la familia. Si bien la mayoría de las mujeres

que presentan un cáncer de mama no tienen familiares afectados por esta enfermedad, los antecedentes familiares de cáncer de mama, ovario u otros tipos de cánceres son un factor de riesgo y deben ser siempre tenidos en cuenta en la consulta mastológica. Es importante conocer quiénes son los familiares afectados, tanto en la rama materna como paterna, así como también la edad en la que tuvieron la enfermedad. (14)

f) Menarquia temprana:

Las mujeres que comenzaron a menstruar (tener su período) antes de los 12 años tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama en el futuro. lo mismo se aplica a mujeres que atraviesan la menopausia después de los 55 años. Durante los últimos 15 años, las niñas han comenzado la pubertad a edades más tempranas. el desarrollo de las mamas ha comenzado incluso antes que los períodos menstruales. Este cambio inesperado se atribuyó a la epidemia de obesidad y a una gran exposición a disruptores hormonales, dado que un incremento en los niveles de hormonas desencadena el comienzo del desarrollo mamario y la pubertad. (12)

g) Menopausia tardía:

La menopausia es el momento en la vida de la mujer que deja de funcionar el ovario dando paso a un estado en que se ha dejado de producir estrógenos en los ovarios. la fuente de estrógenos es solamente en la glándula suprarrenal, con una modificación en el tejido graso de la hormona que se produce en esta glándula a estrógenos (estradiol y estrona). Los tejidos de los órganos sexuales femeninos involucionan y ya no es posible la reproducción. el cáncer de mama tiene su mayor incidencia en esta etapa de la vida de la mujer, aunque observándose un descenso progresivo a partir de la menopausia. la menopausia precoz es un factor protector de padecer cáncer de mama. una mujer con una menopausia natural a los 45 años tiene la mitad de riesgo de padecer cáncer de mama que la mujer que tiene la menopausia a los 55 años. la extirpación de los ovarios también proporciona efecto protector en las mujeres con alteraciones genéticas de alto riesgo. (12)

Factores modificables

a) Paridad:

Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ (cis), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de

término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor. otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino.^{6,7} el motivo fisiológico de esta asociación está poco claro; las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto. (14)

b) Alimentación:

Los alimentos que se consumen de manera regular constituyen la alimentación o dieta. la alimentación se estudia como factor de riesgo de cáncer. Es difícil estudiar los efectos de la alimentación en el cáncer, porque lo que una persona come incluye alimentos que protegen contra el cáncer y alimentos que aumentan el riesgo de cáncer. Además, para la gente que participa en los estudios es difícil hacer un seguimiento de lo que come durante un período largo de tiempo esto tal vez sea por la que se obtienen resultados diferentes en los estudios sobre la manera en que la alimentación afecta el riesgo de cáncer en algunos estudios se observa que las frutas y las hortalizas no feculentas protegen contra cánceres de la boca, el esófago y el estómago las frutas también pueden proteger contra el cáncer de pulmón en algunos estudios se demostró que una alimentación con alto contenido de grasas, proteínas, calorías y carne roja aumenta el riesgo de cáncer colorrectal, pero esto no quedó demostrado en otros estudios no se sabe si una alimentación con bajo contenido de grasas y alto contenido de fibras y verduras reduce el riesgo de cáncer colorrectal (15).

c) Obesidad:

el sobrepeso es un factor de riesgo importante. Controlarlo, especialmente en la infancia, disminuiría la incidencia del cáncer a largo plazo. Entre los tumores relacionados con una mala alimentación están los de colon y recto, mama, próstata, endometrio (en matriz o útero). En este sentido, se recomienda que la dieta sea variable, suficiente en cantidad de nutrientes, rica en frutas frescas, verduras, harinas integrales el consumo de celulosa contenida en estos productos reduce el riesgo de padecer cáncer de colon. (16)

d) Consumo de alcohol:

se relaciona con tumores de hígado y se sabe aumenta moderadamente el riesgo de padecer cáncer de mama si por añadidura se fuma, el riesgo para desarrollar

tumores de cavidad oral y esófago aumenta.

e) Consumo de tabaco:

fumar. El consumo de tabaco en todas sus formas (cigarro, puro, tabaco de pipa) es el principal factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, lengua, vejiga y riñón. Aún más importante: el efecto perjudicial de éste afecta no solo a los fumadores activos sino también a aquellos denominados fumadores pasivos. Dejar de fumar, educar y convencer del daño que es capaz de ocasionar, disminuiría la incidencia de cáncer de una manera importante.

f) Presencia de estrés:

Un estudio realizado afirma que el estrés influye en la presencia del cáncer de próstata. El informe presentado por el Albert Einstein college of medicine de new york resaltó la relación que existe entre el estrés y la propagación de cáncer en el organismo. Los investigadores neoyorquinos observaron que el sistema nervioso simpático genera noradrenalina, también llamada 'hormona del estrés', que al unirse con las células tumorales libera los productos químicos que generan el cáncer. Asimismo, el sistema nervioso parasimpático, que ayuda al cuerpo a relajarse y conservar energía, contribuye a propagar el tumor. Esto lo comprobaron al analizar los tumores agresivos que contenían más fibras nerviosas, que los tumores no agresivos. Estas fibras nerviosas harían una especie de red para propagar el cáncer. Un 17% de hombres peruanos admitieron que viven bajo un alto nivel de estrés, causado por dificultades económicas, problemas de salud, inseguridad ciudadana y estrés laboral. Estos datos fueron arrojados por una encuesta realizada en el 2015 por el instituto de análisis y comunicación integración.

2.3 Definición de términos básicos

Cáncer: El uso del concepto suele referir al conjunto de enfermedades que implican un exceso de células malignas (las células cancerígenas), lo que produce una invasión del tejido circundante o la metástasis (la propagación a distancia de estas células) que lleva al desarrollo de nuevos tumores. Las células se reproducen en la medida en la que el cuerpo así lo requiere y van sustituyéndose (nacen nuevas y las que ya no sirven se mueren); el cáncer se hace presente cuando la reproducción de células tiene lugar de forma descontrolada, dividiéndose demasiado deprisa o porque las células que ya no sirven parecen haber olvidado cómo morir

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es todo aquello que está vinculado a su probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como el fumar, pueden cambiarse. Otros factores, como la edad o los antecedentes familiares, no se pueden cambiar.

Genéticos: las personas más susceptibles al cáncer son aquellas que son portadoras de ciertos genes que controlan el ciclo de la célula o los mecanismos de respuesta inmunológica. También puede ocurrir que ante la influencia de un factor externo (ambiental o un virus) se dé una mutación que lleve a la transformación maligna de las células.

Inmunológicos: las alteraciones del sistema inmune, congénitas o adquiridas, favorecen la proliferación de células malignas en los tejidos. La respuesta inmune controla, en situaciones normales, los efectos deletéreos (dañinos) producidos por las infecciones en el cuerpo humano y, además, es la encargada de eliminar las células alteradas (por ejemplo, con mutaciones) para que no dañen los tejidos.

Nutricionales: las deficiencias nutricionales vuelven a las personas vulnerables a esta enfermedad, pues están relacionadas con el sistema inmunológico. También se ha establecido que la ingesta desmedida de ciertos alimentos como grasas saturadas o alimentos excesivamente cocinados puede contribuir al desarrollo del cáncer.

Ambientales: la exposición a sustancias como el tabaco tiene la posibilidad de generar varios tipos de cáncer, como de pulmón, laringe y lengua, y algunos menos obvios como el cáncer de estómago y de vejiga. Así mismo, la exposición a la radiación solar, a sustancias químicas como el asbesto, a la contaminación del aire y a las ondas electromagnéticas, son objeto de intenso estudio, puesto que existen ya evidencias que las vinculan con algunos tipos de cáncer.

Microorganismos, en particular virus: está demostrado que algunos virus son condición necesaria para que se desarrolle el cáncer. Tal es el caso del Virus del Papiloma Humano, de transmisión sexual y de altísima prevalencia (es decir lo tiene una alta proporción de la población mundial, hombres y mujeres), factor necesario en la génesis del cáncer de cuello uterino. Otros virus, como el de la Hepatitis B, son agentes causales del cáncer de hígado.

Prevención: Se define como las Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino

también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Glándulas: Grupo de células cuya labor es producir sustancias químicas.

Cáncer de mama: Es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control.

Paciente diagnosticado: Es la persona con diagnóstico confirmado de cáncer de mama a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios.

Cáncer invasivo: el cáncer que se ha diseminado fuera de la capa de tejido en la que se originó y que tiene la capacidad de crecer en otros tejidos o partes del cuerpo, también denominado cáncer infiltrante.

Cáncer localizado: el cáncer que está confinado al área en la que se originó y que no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Cáncer primario: describe el cáncer original.

Cáncer secundario: describe un nuevo cáncer primario (un tipo diferente de cáncer) que se desarrolla después del tratamiento del primer tipo de cáncer, o el cáncer que se ha diseminado a otras partes del cuerpo desde el lugar en el que se originó.

Carcinoma: el cáncer que se origina en la piel o en los tejidos que recubren el interior o cubren el exterior de los órganos internos.

Células: las unidades básicas que constituyen el cuerpo humano.

Crónico: se refiere a una enfermedad o una afección que persiste, por lo general, lentamente, por mucho tiempo.

Lobulillo: Glándula donde se produce el primer alimento del bebé la leche materna.

Conducto: Tubos por donde se transporta la leche hacia el exterior de la mama.

Tejido conectivo: Tejido donde se encuentra alojada toda la mama.

Autoexamen: es el procedimiento de palparse las mamas para poder detectar cambios o protuberancias en las mismas.

Detección: el proceso de verificar si una persona tiene una enfermedad o una mayor probabilidad de tener una enfermedad cuando la persona no presenta síntomas.

Estadio: Periodo en que se encuentra el desarrollo de una enfermedad, es una manera de describir el cáncer, por ejemplo, dónde está ubicado, si se ha diseminado y hacia dónde, y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo.

Ganglios linfáticos: órganos minúsculos con forma de guisante que ayudan a

combatir las infecciones. Son parte del sistema linfático y son zonas de drenaje del cáncer por lo que se involucra en el estudio para descartar células cancerosas en su interior, y darnos información sobre el estadiaje y posterior tratamiento.

Maligno: se refiere a un tumor que es canceroso. Puede invadir el tejido sano circundante o diseminarse a otras partes del cuerpo.

Masa: una protuberancia en el cuerpo.

Médula ósea: el tejido blando y esponjoso que se encuentra en el centro de los huesos grandes, donde se forman las células sanguíneas.

Metástasis: diseminación del cáncer desde el lugar donde se originó hacia otra parte del cuerpo. Las células cancerosas se pueden separar del tumor primario y viajar a través de la sangre o el sistema linfático a los ganglios linfáticos, el cerebro, los pulmones, los huesos, el hígado u otros órganos.

Oncología: el estudio del cáncer.

Oncólogo: médico que se especializa en el tratamiento de las personas con cáncer. Los cinco tipos principales de oncólogos son los oncólogos clínicos, ginecológicos, pediátricos, cirujanos y de radioterapia. Obtenga más información sobre los tipos de oncólogos.

Patólogo: médico que se especializa en interpretar análisis de laboratorio y evaluar células, tejidos y órganos para diagnosticar enfermedades.

Precanceroso: se refiere a las células que tienen la posibilidad de convertirse en cancerosas. También se denominan premalignas

Predisposición: la tendencia a tener una enfermedad que puede desencadenarse en determinadas condiciones. Por ejemplo, si bien una predisposición genética a tener cáncer aumenta el riesgo de una persona de tener cáncer, no se sabe con certeza si la persona lo tendrá.

Pronóstico: la posibilidad de recuperación; una predicción del resultado de una enfermedad.

Quimio prevención: el uso de sustancias naturales, sintéticas (elaboradas en un laboratorio) o biológicas (provenientes de una fuente viviente) para revertir, disminuir o prevenir el desarrollo del cáncer.

Quimioterapia: el uso de fármacos para eliminar las células cancerosas.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

Hipótesis principal

Los malos estilos de vida y uso de anticonceptivos orales serían factores de riesgo importantes para el desarrollo del cáncer de mama en mujeres del hospital maría auxiliadora que acuden al servicio de Patología mamaria.

Hipótesis secundaria

- Los malos estilos de vida y uso de anticonceptivos orales no serían factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama en mujeres del hospital maría auxiliadora
- La mayor parte de pacientes con cáncer de mama tienen algún otro factor asociado como el genético no estudiado en el presente trabajo de investigación

3.2 Variables y su definición operacional

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
ACO	Uso de anticonceptivos orales	Cualitativa		Nominal	SI/NO	Interrogatorio Historias clínicas
Peso	IMC	Cuantitativa	Aumento de peso	Continua	IMC: Peso inferior al normal Menos de 18.5 Normal 18.5 – 24.9 Sobrepeso 25.0 – 29.9 Obesidad Más de 30.0	Historias clínicas
Actividad física	Ejercicio físico aeróbico	Cualitativa	Actividad física	Ordinal	Bajo: 1 vez a la semana Medio: 2 veces a la semana Alto: 3 a más veces a la semana	Entrevistas
Alcohol	Consumo de alcohol	Cuantitativa	Consumo de alcohol	Discreta	Semanas Quincenal Mensual	Entrevista o Historias clínicas
Alimentos	Tipo de preferencia de alimentación, vegetarianas abundante grasa	Cualitativa	Tipo de alimentación	Nominal	Solo verduras/Alimentación variada/Abundante grasa	Entrevistas

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El enfoque es de tipo observacional, transversal, prospectivo, cuantitativo.

El tipo y diseño se presenta según los siguientes parámetros:

Según la intervención del investigador: Observacional: Técnica que consiste en contemplar en forma cuidadosa y sistemática como se desarrolla un fenómeno en un contexto determinado, sin intervenir sobre ella o manipularla, los cuales reflejan la evolución natural de los eventos.

Según el alcance: Retrospectivas: Revisan casos ya concluidos o hechos históricos

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Cuantitativo: Se utilizarán datos mediante las encuestas y serán procesados estadísticamente.

Según el momento de la recolección de datos: Transversal, debido a que los datos se recolectan en un solo momento

4.2 Diseño muestral

Población universal

Quedó conformado por todas las mujeres que asisten al Hospital María auxiliadora al departamento de Patología mamaria para descarte de cáncer de mama desde 2017 hasta 2022.

Población de estudio

Conformado por todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que asisten al departamento de Patología mamaria del Hospital María auxiliadora desde 2017 hasta 2022.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados con cáncer de mama durante el periodo 2012 al 2022 en el Hospital María Auxiliadora.

De exclusión

Pacientes fallecidos con el diagnóstico de cáncer durante el periodo 2012 al 2022 en el Hospital María Auxiliadora.

Tamaño de la muestra

Todas las pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama captadas y que continúen su tratamiento en el Hospital maría Auxiliadora.

Muestreo

La selección de la población objetivo/unidad de análisis fue a través del muestreo no probabilístico,

4.3 Técnica de recolección de datos

Se realizará la recolección de datos mediante el registro de información obtenida de las historias clínicas de las pacientes con cáncer de mama que han acudido al hospital María Auxiliadora. Además, también se realizará encuestas sobre factores de riesgo importantes en la investigación a las mujeres con cáncer de mama diagnosticado entre 2012 al 2022.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Variables	Técnica	Instrumento
Factores de riesgo de cáncer de mama	- Encuestas. - Revisión de historias clínicas.	- Cuestionario - Historias clínicas

4.4 Procesamiento y análisis de datos

La recolección de información se realizó durante los meses de enero – diciembre del año 2022, mediante la revisión de historias clínicas y encuestas simples sobre hábitos nocivos para la salud.

Se realizaron las coordinaciones pertinentes con la dirección del Hospital y del servicio de Vigilancia y Control del cáncer para tener acceso al número total de pacientes diagnosticados con cáncer. Se realizó las coordinaciones con el encargado de estadísticas e informática para poder acceder a la información. Se

aplicó el cuestionario a los pacientes diagnosticados con cáncer. Se obtienen resultados.

Para la recolección de datos fue a través de los siguientes pasos:

- a) Determinación de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.
- b) Coordinación con la asesora de tesis para proceder con la recolección de datos.
- c) Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- d) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.
- e) Se procedió con el análisis estadístico haciendo uso de la hoja de cálculo Microsoft office Excel 2022 e IBM SPSS 24, simultáneamente estos resultados se transfirieron al procesador de texto Microsoft Word 2022 para la presentación final de los resultados.
- f) Una vez obtenidos los cuadros y gráficos estadísticos se procedieron al análisis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones.

TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

Técnicas estadísticas:

Estadística descriptiva. Tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos

4.5 Aspectos éticos

La presente investigación por su concepto y diseño no se contrapone con principios éticos y de bioseguridad. La información obtenida de las historias clínicas se solicitó formalmente a la institución donde se desarrolló la investigación salvaguardando los datos personales de las pacientes; los datos sólo han sido utilizados estrictamente para la realización de este estudio siendo manejados con la mayor cautela y seriedad posible.

En todo momento de la investigación se tomó en cuenta la práctica de los siguientes principios éticos:

- Beneficencia: En ninguna circunstancia se utilizó la información obtenida de las historias clínicas o los resultados del estudio, para generar situaciones que pudiesen ocasionar daño o perjuicio a las mujeres cuya información sanitaria estaba plasmada en dicho documento.
- No Maleficencia: En todo momento de la investigación se tuvo especial cuidado en cuidar el anonimato, la confidencialidad y seguridad de la información obtenida de la Historia clínica utilizándose los datos únicamente con fines de la presente investigación.
- Principio de Autonomía: Para tener acceso a las historias clínicas se cumplió estrictamente con todos los procedimientos administrativos y otros exigidos por las autoridades del HAMA.

CRONOGRAMA

MESES	2023 - 2024												
FASES	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Aprobación del proyecto de investigación	X	X											
Recolección de datos			X	X	X								
Procesamiento y análisis de datos						X	X	X	X				
Elaboración del informe										X	X	X	X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	400
Adquisición de software	1000
Internet	300
Impresiones	500
Logística	400
Traslados	1300
TOTAL	3900

FUENTES DE INFORMACION

1. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN [Internet]. Francia: IARC; [citado 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
2. American Society of Clinical Oncology. Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama [Internet]. EE. UU.: Cancer.net; julio de 2020 [aprobado julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/factores-de-riesgo-y-prevencion>
3. Organización Mundial de la Salud. Actividad física, obesidad y sobrepeso [Internet]. EE. UU.: OMS; 26 de noviembre de 2020 [publicado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
4. Amse NR, Nieto AB. Índice de estilos de vida y riesgo de presentar cáncer de mama en mujeres de Córdoba, Argentina 2008-2016 [tesis]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición; 2017.
5. Durruthy LS, Toirac RR, Rubio Hernández MC, Fitz AT, Camejo YC, Madruga TG. Factores de Riesgo reproductivo en pacientes con cáncer de mama. Rev Arch Hosp Univ "Calixto García". 2017; 13(2).
6. Sifuentes Álvarez A, Castañeda Martínez LY, Lugo Nevares M, Reyes Romero MA. Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama en mujeres del estado de Durango, México. Rev Ginecol Obstet Mex. 2015; 83(3): 147-155.
7. Álvarez CA, Castro CE, Rodríguez LN, Donaire KD. Conocimiento de las estudiantes de Unitec sobre el cáncer de mama y su detección temprana usando la autoevaluación. Innovare. 2017; 5(2): 1-11.
8. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López CA, Mur Villar N, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Nutr Hosp. 2010; 25(6): 954-958.
9. Rodríguez CC, Biset AE, Mayeta YB. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio ginecológico del centro de salud 4 de noviembre 1-3 2017. Rev MEDISA. 2015; 17(3): 1-9.
10. Roman V. Teoría porque una persona enferma de cáncer. Argentina: s.n.; 2007.

11. Definición de cáncer. [Internet]. [Citado en 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/cancer/>
12. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Citado en 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
13. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Internet]. [Citado en 2015]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
14. Sociedad Argentina de Mastología. Cáncer de las Mamas. [Internet]. [Citado en 2017]. Disponible en: <https://www.sociedadargentinasdemastologia.org.ar/>
15. Alimentos. Oportunidades y Perspectivas en el Mercado Global. [Internet]. [Citado en 2015].
16. Organización Panamericana de la Salud. Consumo de Alimentos y bebidas Ultra procesados. Tendencias impacto en obesidad e implicaciones de la política pública. [Internet]. [Citado en 2014]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
17. Breast Cancer 2019. Factores de riesgo. [Internet]. [Citado en 2019]. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores>
18. Yi-Sheng Sun, Zhao Zhao. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. Int J Biol Sci. 2017; 13(11): 1387-1397.
19. DeSantis CE, Fedewa SA, Goding Sauer A, et al. Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between Black and white women. CA Cancer J Clin. 2016; 66: 31-42.
20. Suarez M, Muñoz Y. Factores asociados con la presencia de cáncer de mama en mujeres del municipio de Popayán Cauca 2014-2017. Universidad Autónoma de Manizales; 2018.
21. Alcivar M. Conocimientos y prácticas del autoexamen de mama en mujeres del Barrio Tercer Piso en la Ciudad de Esmeraldas. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1335>
22. Alvarado H, González M. Conocimientos y práctica del autoexamen de mamas, mujeres de 20-49 años relacionado a detección cáncer, programa de planificación, Centro de Salud Chinandega, III trimestre 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. Disponible en:

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6857/1/240098.pdf>

23. Callata L. Factores de riesgo y conocimiento sobre el cáncer de mama en usuarias del consultorio ginecológico del centro de salud 4 de noviembre 1-3 2017. Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
24. Vilca C, Quispe N, Vega A, et al. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en estudiantes de medicina humana. Universidad Ricardo Palma; 2017.
25. Oliva S, Ramírez C. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y medidas preventivas del cáncer de mama en internas de enfermería universidad privada Antenor Orrego, Trujillo-2016. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
26. Alim NE, Kiziltan G. Assessment of risk factors of obesity and diet on breast cancer in Ankara, Turkey. *Pak J Med Sci.* 2016; 32(6): 1537-1542.
27. Jevtic M, Velicki R, Popovic M, et al. Dietary influence on breast cancer. *J Buon.* 2010; 15(3): 455-461.
28. Amadou A, Torres-Mejía G, Hainaut P, et al. Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors. *Salud Pública de Méx.* 2014; 56(5): 547-554.
29. Anderson AS, Caswell S, Macleod M, et al. Health behaviors and their relationship with disease control in people attending Genetic Clinics with a family history of breast cancer or colorectal cancer. *J Genet Counsel.* 2017; 26: 40-51.
30. Chen S, Chen Y, Ma S, et al. Dietary fibre intake and risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Oncotarget.* 2016; 7(49): 80980-80989.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuáles son los factores del estilo de vida que más se asocian a padecer cáncer de mama en las mujeres que acuden al consultorio de Patología mamaria del Hospital María Auxiliadora entre el 2017 al 2022?</p>	<p>General</p> <p>Determinar los factores del estilo de vida que más se asocian a padecer cáncer de mama en las mujeres que acuden al consultorio de Patología mamaria del Hospital María Auxiliadora.</p> <p>Específicos</p> <p>Identificar la asociación de los hábitos nocivos al desarrollo del cáncer de mama.</p> <p>Reconocer la asociación entre el peso y la actividad física al desarrollo del cáncer de mama.</p>	<p>Los malos estilos de vida y uso de anticonceptivos orales serían factores de riesgo importantes para el desarrollo del cáncer de mama en mujeres del hospital maría auxiliadora que acuden al servicio de Patología mamaria.</p>	<p>El proyecto de investigación es una investigación observacional, transversal, prospectivo, cuantitativo</p>	<p>La muestra está conformada por todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que asisten al departamento de Patología mamaria del Hospital María Auxiliadora desde 2017 hasta 2022.</p> <p>Para el procesamiento y análisis de los datos, será el uso de la hoja de cálculo Microsoft office Excel 2022 e IBM SPSS 24, simultáneamente estos resultados se transfirieron al procesador de texto Microsoft Word 2022 para la presentación final de los resultados. Se realizará análisis univariado, para determinar la media de edad, desviación estándar y varianza. La prevalencia de obesidad, sobrepeso, los grupos etarios y el género se expresará en números absolutos y porcentajes. Se hallará la mediana y el intervalo intercuartílico.</p> <p>Se analizará para determinar relación por Spearman entre</p>	<p>Revisión de historias clínicas y encuestas simples.</p> <p>Cuestionario a los pacientes diagnosticados con cáncer.</p>

				<p>el índice de masa corporal y el cáncer de mama. El análisis bivariado se realizará por la prueba Chi cuadrado, entre la relación entre el uso de anticonceptivos orales y la actividad física, además del tipo de alimentación, y enfermedades de base como diabetes <i>mellitus</i> e hipertensión arterial, y los hábitos inadecuados o de riesgo como el alcoholismo o tabaquismo, con el índice de masa corporal.</p>	
--	--	--	--	--	--

CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION:

Siendo alumno de la Universidad de San Martín de Porres se le proporciona este cuestionario realizado para obtener información sobre su estado de salud, el cual es totalmente confidencial y no le tomara más de 10 minutos de su tiempo en contestar.

II. DATOS REFERENCIALES:

Edad:

Sexo:

Raza:

Procedencia:

Peso:

Talla:

IMC:

Edad de la primera menstruación:

Edad de la última menstruación:

Número total de hijos vivos:

III. INSTRUCCIONES:

Estimado Señor (a) lea atentamente cada una de las Interrogantes y marque con un aspa (x)" la casilla que mejor describa su estado de salud. Le pedimos contestar con Mucha sinceridad. No pienses demasiado en responder y hágalo de acuerdo con lo que generalmente sueles hacer. Tiene 2 alternativas para cada pregunta. No existen respuestas ni buenas ni malas, asegúrese de marcar todas las preguntas.

	1	0
FACTORES NO MODIFICABLES	SI	NO
1.- ¿Conoce usted que es el cáncer?		
2.- ¿Para usted el cáncer tiene cura?		
3.- ¿Fue detectado a tiempo el cáncer que usted tiene.?		
4.-¿Conoce usted el tipo de cáncer que tiene? • OJO Si es SI coloque el tipo de cáncer que tiene.		
5.-¿Usted recibe tratamiento actualmente?		
6.-¿Usted se realiza el autoexamen de las mamas?		
7.- ¿Usted se realiza un chequeo médico general?		
8.-¿Usted ha sentido dolor en la espalda, principalmente en la región lumbar?		
9.-¿Usted cuando eyacula siente dolor?.		
10.-¿ Usted ha sentido dolor intenso al palpar el escroto?		
11.- ¿Usted ha sentido que últimamente se le ha caído el cabello más de lo normal?		
12.-¿Usted ha sentido que le arde el cuero cabelludo?		
13.-¿Usted controla su peso?		
14.-¿Usted utiliza protección solar?		
15.-¿Algún familiar a tenido cáncer?		
16.-¿Fue detectado a tiempo el cáncer que tenía su familiar?		
17.-¿Recibió tratamiento adecuado su familiar?		
18.-¿Usted se ha sentido sofocado últimamente?		
19.-¿Usted se siente irritada?		
20.-¿Usted últimamente se ha sentido cansado?		

FACTORES MODIFICABLES	SI	NO
1.- ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día?		
2.- ¿Añades sal a las comidas en la mesa?		
3.- ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la semana?		
4.- ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?		
5.- ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?		
6.- ¿Acostumbra comer al día 3 comidas principales desayuno, almuerzo, cena y 1 refrigerio?		
7.- ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en Grasa?		
8.- ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?		
9.- ¿Consumes embutidos (jamona da, mortadela, Jamón, salchicha, tocino)?		
10.- ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?		
11.- ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus Alimentos?		
12.- ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?		
13.- ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al Horno, al vapor, a la parrilla?		
14.-¿Desayunas todos los días?		
15.- ¿Usted tubo abortos?		
16.-¿El aborto que tubo fue provocado?		
17.-¿El aborto que tubo fue accidental?		
18.-¿Usted utiliza métodos anticonceptivos?		
19.- ¿Usted recibió tratamiento para tener hijos?		
20.-¿Usted consume o consumió alcohol?		
21.-¿Usted consume o consumió alcohol 2 veces a la semana?		
22.-¿Usted fumaba?		
23.-¿Usted consumía una cajetilla de cigarros ala semana?		
24.-¿Usted creía que era una necesidad fumar y beber licor?		
25.-¿Usted cuando toceaba eliminaba esputo con sangre?		
26.-¿Usted sentía dolor en el pecho que a menudo empeora cuando respira profundamente, tose o se ríe?		
27.-¿Usted se ha sentido tenso ansioso o alterado?		
28.-¿Usted se ha sentido bajo de energía exhausto, cansado o incapaz de terminar las cosas?		
29.-¿Usted se ha sentido triste, deprimido, bajo de humor y sin esperanza?		
30.-¿Usted ha estado en situaciones desagradables y se ha sentido sin esperanza?		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento el Sr (a):
Identificado con DNI N°: , otorga su consentimiento para participar en el estudio FACTORES DEL ESTILO DE VIDA Y CANCER DE MAMA HOSPITAL MARIA AUXILIADORA 2017 – 2022.

- Dirigido por:

LEON MORALES, Josué Andrés

Consideraciones Generales:

Con el estudio se pretende evaluar los FACTORES DEL ESTILO DE VIDA QUE FAVORECEN AL DESARROLLO DE CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DURANTE EL PERIODO DE 2017 AL 2022.

Confidencialidad

El investigador principal y cualquier persona que intervenga en el proyecto está obligado legalmente a guardar el secreto y la confidencialidad sobre cuantas informaciones y/o datos puedan obtenerse del sujeto por su participación en el proyecto.

En la presente investigación no se recogerán datos de carácter personal puesto que los datos de filiación de los participantes se tratarán, como datos anónimos o irreversiblemente disociados; es decir datos que no pueden asociarse a una persona identificada o identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifique al sujeto.

Con las garantías oportunas no se recogerán, los resultados de este estudio podrán ser comunicados a la comunidad científica garantizando que, en todo el proceso de difusión, se mantendrá siempre la confidencialidad omitiendo la identidad de los participantes y cualquier dato personal que pueda facilitar que se le identifique.

Los resultados de la investigación le serán proporcionados si solicita, por medio del investigador principal, quien también atenderá cualquier tipo de duda o pregunta que usted tenga que realizarle con relación al estudio, asimismo siempre que usted

lo desee podrá ponerse en contacto con él en las siguientes direcciones electrónicas: josue_leon@usmp.pe

Participación libre y voluntaria:

Mediante la firma de este documento usted declara que:

- Ha recibido suficiente información sobre el estudio y que ha tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el mismo y en su caso ha recibido respuestas satisfactorias del investigador responsable.
- Ha comprendido la información recibida y la decisión que toma es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa y sin que esto suponga ningún perjuicio para usted.
- Ha sido informado del procedimiento para eliminar de este documento sus datos de filiación.
- Se le entrega una copia de este documento. El investigador es el responsable de la custodia del documento original de este. Consentimiento informado debidamente firmado por las partes.

Lima, de.....del 2022.

Firma y nombre del participante

LEON MORALES, Josue Andres

Firma del investigador