



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**



**“OPINIONES, CREENCIAS Y SIGNIFICADOS DE LAS USUARIAS EN
RELACION AL CANCER DE MAMA DEL POLICLINICO DE SAN SALVADOR
DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL DE
FEBRERO A JUNIO DE 2017”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Dra. Lilian Magdalena Guardado Fuentes

ASESORA:

Lic. Msp. Reina Araceli Padilla

SAN SALVADOR, JULIO, 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DOCTORA MARITZA MERCEDES BONILLA

DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LIC. MSP. REINA ARACELI PADILLA

COORDINADORA GENERAL DE LAS MAESTRIAS

EN SALUD PÚBLICA, EPIDEMIOLOGIA Y GESTION HOSPITALARIA

JURADO CALIFICADOR

LIC. MSP. REINA ARACELI PADILLA

DRA. MSP.MGH. ANA GUADALUPE MARTINEZ

LIC.MSP. MARGARITA GARCIA

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme cumplir esta meta y alcanzar un logro más en mi vida.

A las maestras

Del Policlínico del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, por su colaboración prestada en proporcionar la información para éste estudio.

A mi familia

Especialmente a mis hijos por su comprensión y por el tiempo que no pudimos compartir.

A mi asesora

Gracias de corazón por su paciencia, amabilidad, motivación y aliento.

A la Universidad de El Salvador

Por formar profesionales sensibles y comprometidos con los cambios sociales.

RESUMEN

Título: Opiniones, creencias y significados de las usuarias en relación al cáncer de mama del Policlínico del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de febrero a junio de 2017.

Propósito: Reorientar las acciones que actualmente se realizan en favor de las usuarias, con la finalidad de obtener mejores resultados en la promoción de la salud y prevención del cáncer de mama, reconociendo aspectos culturales como parte importante de la identidad de cada mujer y considerarla para la toma de decisiones.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cualicuantitativo. Se seleccionaron para la muestra 40 usuarias, según criterios de inclusión. Para la recopilación de los datos se utilizó la guía de entrevista. En el procesamiento estadístico se empleó el cálculo porcentual con representación e interpretación en gráficas, y para la técnica de análisis se emplearon matrices con criterio de síntesis.

Resultados: Dentro de las opiniones expresadas por las usuarias manifestaron que el factor hereditario y las conductas alimentarias son los causantes de cáncer de mama, las reacciones emocionales como ansiedad y depresión serían las más frecuentes al presentar éste diagnóstico. En cuanto a las creencias de porque las mujeres no se realizan la autoexploración mamaria y la mamografía, ellas refirieron que es por las barreras percibidas. El significado de cáncer de mama para ellas fue ideas ante la muerte y mutilación, para su familia en el caso de presentar ésta enfermedad, de apoyo y solidaridad.

Conclusiones: Las usuarias se encuentran informadas por los diferentes medios de comunicación sobre el cáncer de mama, sin embargo los casos de incidencia siguen en aumento. El cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar de las familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto.

Recomendaciones: Realizar otras investigaciones sobre cáncer de mama con énfasis en el componente cultural de las comunidades y profundizar las investigaciones desde el enfoque de los determinantes sociales.

CONTENIDO

CAPITULOS	PÁGINAS
I.INTRODUCCIÓN.....	1
II.OBJETIVOS.....	3
III.MARCO TEÓRICO.....	4
IV.DISEÑO METODOLÓGICO.....	43
V. RESULTADOS.....	47
VI.DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	63
VII.CONCLUSIONES.....	71
VIII.RECOMENDACIONES.....	73
IX. BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	80

I- INTRODUCCION

La palabra cáncer tiene una intensa connotación afectiva, porque en general evoca la idea de una enfermedad que produce mucho sufrimiento y que constituye una sentencia de muerte en un plazo más o menos breve. Es cierto que la ciencia médica está en condiciones de afirmar que no siempre es ese el desenlace obligado, y que hay cánceres muy diferentes, muchos de los cuales “se curan”, pero también es cierto que la estadística comprueba que una de cada tres personas, un 33% de la población se enferma de cáncer y que una de cada cuatro, es decir un 25% muere como consecuencia de esa enfermedad.

El cáncer de mama representa un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial, éste dejó de estar circunscrito a los países desarrollados y a mujeres con mayores recursos económicos, incluso ha desplazado al cáncer cervicouterino en varias regiones de Latinoamérica como primera causa de muertes por neoplasias malignas femeninas. Nos encontramos ante un problema de gran magnitud poco reconocido como tal en la región, cuyo impacto rebasa la salud de la mujer en lo individual, y afecta a la pareja, a la familia, a la sociedad y al sistema de salud.

La incidencia y la mortalidad varían considerablemente en diferentes regiones. En general, la incidencia es alta (más de 80 por 100 000 habitantes) en las regiones desarrolladas y baja (menos de 30 por 100 000), aunque en incremento, en regiones en desarrollo. La mortalidad es mucho más baja (aproximadamente 6 a 23 por 100 000) en las regiones más desarrolladas.

El enorme problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de mama se refleja en el hecho de que "en América Latina y el Caribe casi 300000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad". En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la mama. Si estas cifras son de por sí alarmantes, más preocupante aun es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr.

En El Salvador , la principal causa de egresos por cáncer en mujeres, es debida a cáncer de cuello uterino (17%), seguido de mama (16%) y en el 2016 el MINSAL registró 1300 casos nuevos de cáncer de mama y 1306 de cáncer de cuello uterino.

Por esto es importante tratar dicha problemática porque a pesar de las acciones realizadas para la detección temprana, los casos van en aumento, siendo necesario el estudio de los factores que influyen en el desarrollo de esta enfermedad como son la edad, los estilos de vida, características reproductivas, las creencias, opiniones y significados sobre el cáncer de mama.

Es necesario entonces reorientar las acciones que actualmente se realizan en favor de las usuarias, con la finalidad de obtener mejores resultados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que deben reconocer a la cultura como parte importante de la identidad de cada mujer, y por lo tanto considerarla a la hora de tomar decisiones.

La presente investigación aborda el problema de cáncer de mama en las usuarias del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, tomando en cuenta sus opiniones, creencias y significados en relación a dicha enfermedad, por lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las creencias, opiniones y significados de las usuarias en relación al cáncer de mama del Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017?

II- OBJETIVOS

General

Analizar las opiniones, creencias y significados de las usuarias en relación al cáncer de mama en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de febrero a junio de 2017.

Específicos

- 1- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- 2- Indagar la opinión que tienen las usuarias en relación al cáncer de mama.
- 3- Identificar que creencias sobre el cáncer de mama comparten las usuarias del Policlínico de San salvador frente a éste tipo de enfermedad.
- 4- Determinar el significado que experimentan las usuarias acerca del cáncer de mama.

III- MARCO DE REFERENCIA

3.1. Generalidades

3.1.1. La salud y sus determinantes

El concepto de salud ha ido cambiando desde el comienzo del siglo XX, pasando por la concepción clásica como “la ausencia de enfermedad”, hasta la concepción de “salud como estado de completo bienestar física, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad. Esta definición de la Organización Mundial de la salud (OMS) ha gozado de gran aceptación, aunque también ha provocado numerosas críticas.

La definición de la OMS tiene una serie de ventajas, como el hecho de considerar la salud en un sentido positivo, superando todas las concepciones anteriores que la reducían a ausencia de enfermedad y de comprender no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los psíquicos y sociales, dando así una visión más completa e integral al concepto de salud. Además de contemplar al individuo como un todo y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo, ya que hay una concesión de importancia al ambiente y al contexto. No obstante, dicha definición se ha visto expuesta a una serie de críticas, ya que equipara bienestar en salud, lo cual no es del todo exacto, además de que el término “completo” es más una declaración de intenciones, pues rara vez o nunca se alcanza; asimismo, es una definición estática, que no permite gradaciones, cuando la salud es en realidad dinámica, cambiante, y además subjetiva (López F. y Col. 1994).

En los años setenta se inicia un cambio al distinguir la salud no como algo estático, sino como un fenómeno dinámico. En este sentido, Sigerist adopta la perspectiva dinámica y afirma que el individuo está determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos y que la salud se hace presente mediante un ritmo constante e inalterado que sólo es interrumpido por la enfermedad. Asimismo, la relación de factores socioambientales con la salud permite adoptar definiciones de salud en relación al medioambiente. En particular, se encuentra el concepto “ecológico” que considera a la salud como la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno y funcionar. Con el fin de corregir parte de los defectos detectados en la definición de salud de la OMS, Milton Terris en 1975, sugirió que hay distintos grados de salud como los hay de enfermedad. Según Terris, la salud

tendría dos polos: uno de carácter subjetivo que consiste en la sensación de bienestar y otro objetivo (capacidad de funcionamiento), los cuales pueden manifestarse en diferentes grados a lo largo del continuo entre salud y enfermedad. De acuerdo con estos conceptos, propuso modificar la definición de la OMS, evitando el criticado adjetivo de completo por dar carácter utópico a la definición, manteniendo el concepto de bienestar y añadiendo la capacidad de funcionamiento (capacidad de trabajar, de estudiar, de gozar de la vida, etc.), en definitiva, introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud. Con tales modificaciones se establecen las bases para pasar de un concepto estático a otro dinámico, y definir la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces” (Piedrola, 2008).

Salleras en 1990, afirma que en el carácter continuo de la salud, la muerte no es evitable por razones biológicas, y además el estado óptimo de salud es difícilmente alcanzable, por lo que considera necesario sustituir esos estados por muerte prematura y elevado nivel de bienestar con capacidad de funcionar, ya que el primero se puede evitar y el segundo se puede alcanzar en grados altos de salud positiva. Además, establece que las diferentes graduaciones de estos dos estados están muy influenciadas por las condiciones sociales en que viven los individuos. Desde esta perspectiva se establece el concepto dinámico de salud, afirmando que “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad” (Girón D. 2010; Salleras, 1986).

En este sentido, Antonovsky, un crítico del modelo tradicional patogénico, desarrolló en los años 70 la conocida teoría salutogénica humana, entendiendo la salud desde una perspectiva holística e integral, que se centra en las condiciones generales implicadas en la salud teniendo en cuenta los factores que la rodean (Antonovsky, 1979, 1987). Por lo que la salud no es una variable de intervención médica sino un producto socioecológico, fruto de la interrelación compleja de factores comportamentales, genéticos, ambientales, económicos, políticos y sociales. A pesar de que esta teoría empezó a forjarse en los años 70, su desarrollo real y expansión están sucediendo en los últimos años (Rivera de los Santos R. y Cols, 2011). El modelo salutogénico se centra en los recursos para la salud y en los procesos promotores de salud en los diferentes entornos y contextos (Alvarez D. y Cols. 2011).

3.1.2- Determinantes de la salud

A partir de la segunda mitad del siglo XX, con el desarrollo de la conceptualización de la salud, se plantea el estudio de los determinantes de la salud como un conjunto de factores personales, sociales, culturales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Aparecieron varios modelos para intentar explicar los determinantes de la salud, entre los que destacan el modelo holístico de Laframboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar de Travis (1977). En este caso, se usará como orientación teórica el esquema de Laframboise, que fue desarrollado por Marc Lalonde (ex ministro de Sanidad canadiense) en el informe “A new perspective on the health of Canadians” (1974). El citado informe afirma que un gran número de muertes prematuras y de incapacidades, ocurridas en su país, podrían ser prevenidas. Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes:

1)Biología humana: condicionada por la constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento. Este grupo de factores han sido considerados hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación. Sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud.

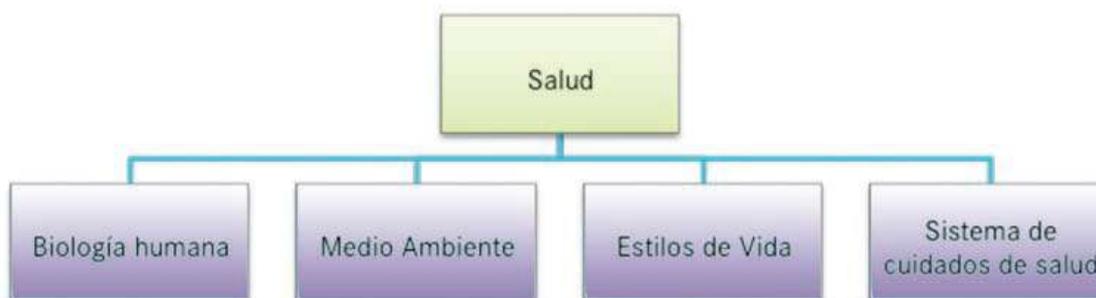
2)Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.

3)Estilos de vida y conductas de salud: drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducta sexual insana, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sociosanitarios. Debemos tener en cuenta que determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el sujeto se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer

un mecanismo de control. Como veremos posteriormente, este es el grupo que más influencia tiene en la salud.

4) Sistema de cuidados de salud: beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de esperas excesivas y burocracia en la asistencia.

Figura 1. Modelo de Determinantes de Salud según Lalonde



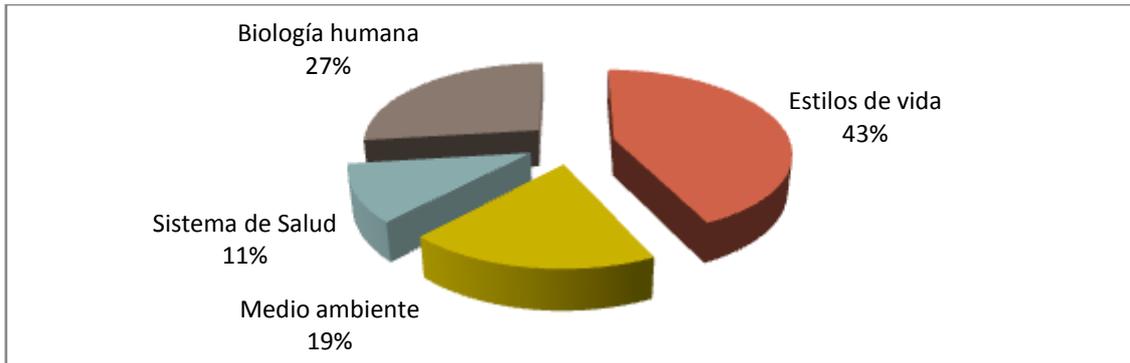
En el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de la salud son modificables. Incluso, la biología humana, considerada hasta hace relativamente poco tiempo como poco influenciable, puede modificarse gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología.

Además, estos conjuntos de determinantes de salud son a veces, difícil separarlos y asignarlos a un único grupo, pues de hecho suelen estar relacionados, como por ejemplo, la clase social del individuo y ciertos hábitos saludables o factores de riesgo, según Girón-Daviña (2010)

El modelo de Lalonde supone situaciones en las que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente, aunque ninguna por sí sola es suficiente para originar un determinado efecto; es decir, pretende ser integrador, al tratar de incluir todos los determinantes conocidos de la salud.

Según el informe Lalonde, la influencia de los determinantes de salud se distribuiría del siguiente modo (figura 2):

Figura 2. Influencia de los determinantes de salud en la morbimortalidad (%).

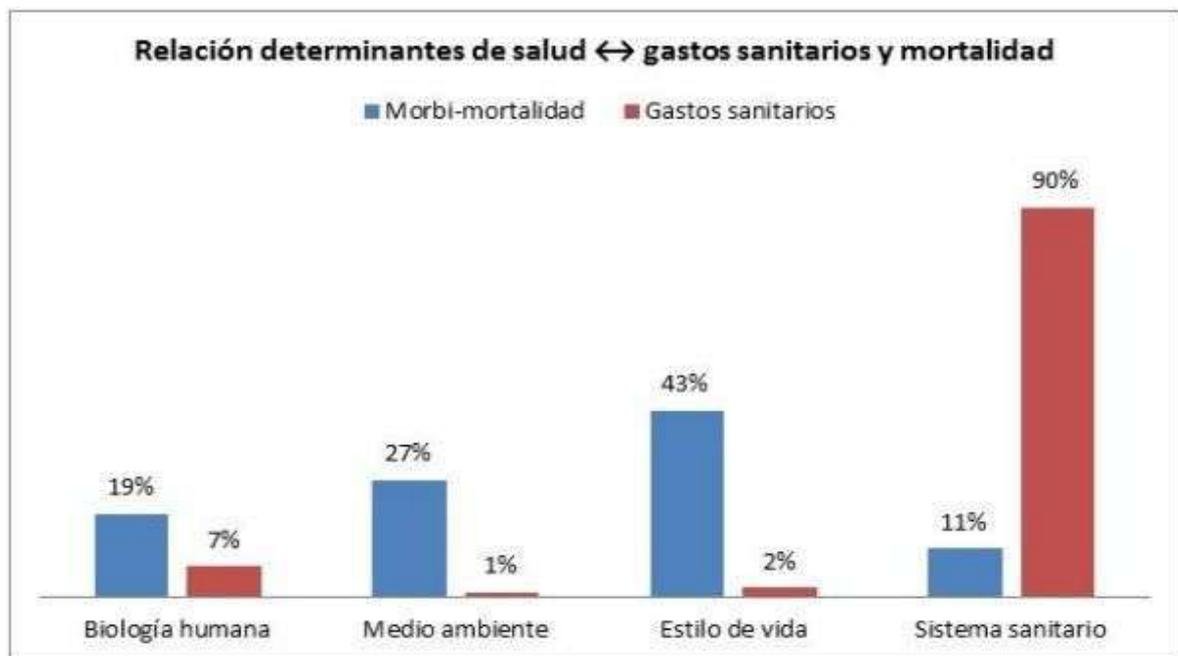


Fuente: Adaptación de Lalonde, M. (1974).

Cuando Lalonde analizó la adecuación entre las inversiones en salud o gasto sanitario y los distintos determinantes, comprobó la inadecuación de la distribución de los recursos sanitarios, hecho ratificado por Dever (1977) al valorar la distribución de la mortalidad y la correspondiente distribución del gasto sanitario de Estados Unidos entre los distintos determinantes.

Figura 3. Comparación entre la distribución de la mortalidad según el modelo epidemiológico y la distribución de los gastos federales en el sector salud en Estados Unidos, período 1974-1978.

Fuente: Adaptación de Dever, 1977.



Numerosos estudios efectuados en Estados Unidos y Europa después de la aparición del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados y la existencia de una distribución sesgada de los recursos hacia la asistencia sanitaria. Dichos estudios proponen dedicar un mayor porcentaje de los recursos a la prevención y la promoción de la salud, con el fin de corregir el importante sesgo observado entre las prioridades marcadas por la epidemiología y la distribución de los recursos monetarios de la salud mencionados en el informe Lalonde (Piedrola, 2008).

3.1.3. Determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud

Desde que apareció el clásico trabajo de Rudolf Virchow sobre medicina social a mediados del siglo XIX, las siguientes generaciones en general han olvidado su mensaje y solamente más tarde han descubierto las condiciones de la sociedad que generan enfermedad y mortalidad. Ahora, cuando los factores patogénicos del lugar de trabajo y del medio ambiente amenazan la supervivencia de la humanidad y de otras formas de vida, no es sorprendente que estos problemas llamen la atención.

Los trabajos actuales sobre los determinantes sociales de los estados de salud, sin embargo, rara vez mencionan su temprana historia intelectual. En vez de esto, estos trabajos tienden a presentarse como nuevos descubrimientos, como si las generaciones anteriores no hubiesen hecho observaciones similares y no hubiesen llegado a las mismas conclusiones acerca de la causa social de la enfermedad y la muerte.

Las contribuciones de Virchow a la medicina social, así como su vida de activista político tratando de cambiar las condiciones sociales generadoras de enfermedad permanecen vitales, mientras enfrentamos los problemas cada vez más graves generados por el recalentamiento global, los desechos tóxicos, la carcinogénesis laboral y ambiental, y la comercialización de reservas de agua. Su amplia visión de los orígenes sociales de la enfermedad merece más que la oscuridad en la cual ha caído mucho de su trabajo (Virchow, 1985).

A lo largo de su carrera, trató de desarrollar una explicación unificada de las fuerzas físicas y sociales que causan enfermedad y sufrimiento humano. La ciencia y la medicina científica, según Virchow, no deben ser separadas de la realidad sociopolítica. Al contrario,

él argumentaba que el científico debe buscar relacionar los descubrimientos de la investigación con el trabajo político sugerido por ella.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) desde su origen han estado marcados por 2 corrientes mundiales, la anglosajona europea y su contraparte en América Latina.

En los años 50, en 1946 la OMS, definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Desde esta perspectiva se empezó a integrar el enfoque biomédico-tecnológico predominante, con el contexto social, si bien han sido muchos los esfuerzos por mantener esta mirada más general, en ocasiones esta integración se ha deteriorado, a menudo por el contexto económico y político dominante.

Desde entonces por los pasillos de la OMS se hablaba cada vez más del impacto de lo social en la salud. Aún así, la crisis de algunos países por la posguerra, la política de la guerra fría y la neocolonización, obstaculizaron la aplicación de ésta visión y favorecieron un enfoque basado en la aplicación de las tecnologías de la salud.

En los años 60, en muchas partes del mundo, los modelos médicos dominantes y de salud pública no estaban satisfaciendo las necesidades más urgentes de las poblaciones pobres y desfavorecidas. Durante los años sesenta y comienzos de los setenta, los trabajadores de salud y líderes comunitarios, en varios países asiáticos, latinoamericanos y africanos, unieron esfuerzos para actuar como pioneros en lo que se convirtió en programas de salud comunitario que estaban en contravía de los programas verticales y favorecían la participación de los más pobres (Geneva: OMS 2005). Estos enfoques comunitarios permitían dependiendo de las costumbres de cada comunidad, la integración de los enfoques biomédicos, con estrategias comunitarias y tradicionales de medicina que mejoraran las condiciones de vida y salud de estas poblaciones.

En los años 70, aunque en algunos, países los enfoques comunitarios mostraron muy buenos resultados, en las grandes potencias predominaba el enfoque clínico donde se trababa la enfermedad a través de sus causas o causalidad, y se fortalecía el modelo de los factores de riesgo. En esta época diversos autores, empezaron a resaltar las limitaciones de esta perspectiva causal, sustentando que se basa en intervenciones sanitarias orientadas al riesgo individual de enfermar y que no evalúa las condiciones de salud de los colectivos. Es así como en Canadá, el ministro de salud Marc Lalonde, propone entender la salud desde la perspectiva de los campos de salud, indicando como el estado de salud estaba

condicionado por la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud, Lalonde explica además como los recursos que los países invierten en salud, se concentran en los servicios médicos, en tanto, son los estilos de vida los que más impacto tienen en la situación de salud, como se mencionó anteriormente (Lalonde M. 1974).

En América Latina, por su parte surge la comprensión de la salud desde un proceso que trasciende la simple causalidad y denominado determinación social de la salud.

Autores como Jaime Breihl(2003), castellanos(1998), entre otros, denominaron esta conceptualización como determinantes sociales de la salud, que explicaba como el estado de salud no solo dependía de los servicios de salud, ni de las características biológicas humanas, sino que a su vez estaba determinado por los modos, condiciones y estilos de vida que las sociedades imponían a las poblaciones. Este enfoque no fue adoptado por la OMS, ni por los países dominantes en el mundo en ese momento.

Aunque la determinación social de la salud propuesta por la medicina social latinoamericana no fue retomada como tal por los líderes mundiales en esta época, el modelo emergente de que la salud estaba relacionada con las condiciones sociales, encontró un poderoso defensor en el médico y salubrista danés Halfdan Mahler, Director general de la OMS desde 1973 hasta 1978, Mahler era un líder carismático con convicciones morales profundas, para quien “justicia social” era una palabra santa.

Como parte del intento de la OMS en cabeza de Mahler por integrar en el mundo la visión social de la salud, en septiembre de 1978, en Alma-Ata, Kazajkstan se celebró la primera conferencia internacional de salud, destinada a convertirse en un hito en la salud pública moderna.

Esta conferencia conocida como Alma Ata produjo por un consenso político un documento donde se abrazó la meta de Mahler “Salud Para todos en el año 2000” (SPT), con la Atención Primaria de Salud (APS) como el vehículo para lograrlo.

En los años 80, la conferencia de Alma Ata fue un difícil consenso, en quien muchos tenían esperanzas de que se tradujera en un mejoramiento real de las condiciones de salud de las poblaciones. Sin embargo unos pocos años después, el enfoque de APS no había producido los cambios esperados en salud de las poblaciones más pobres. Ciertos sectores

empezaron, entonces, a argumentar que la APS era muy costosa, incluso utópica; y que en vista de esto, era necesario crear una medida más pragmática económicamente viable y con impactos en la salud a corto plazo, que recibió el nombre de APS selectiva (Gómez A. 2009).

La atención de la APS selectiva era focalizar los recursos existentes en aquellas enfermedades causantes de la mayor morbilidad de los países. La APS selectiva en efecto eliminó las dimensiones sociales y políticas de la visión original de APS.

El neoliberalismo surge en esta década, aparece como corriente económica y política dominante. Los organismos financieros internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), a través de sus políticas económicas, condicionan la salud de los pueblos al imponer una serie de reformas económicas en la salud, donde los estados deben retraerse y dejar que el mercado se auto regule.

Con la premisa que era necesario realizar acciones, que impactaran en la salud a bajo costo y a corto plazo, fomentaron en los gobiernos la aplicación de APS selectiva y el ajuste estructural de la inversión, disminuyendo los recursos destinados a la inversión social en educación, salud entre otros. Estos organismos apoyaban a los países pobres a través de préstamos donde convencían a los países que era necesario reformas a la política interna, que realmente iban en detrimento de las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

En los años 90, los finales de los ochenta y principios de los noventa, presenciaron una disminución de la autoridad de la OMS; mientras su liderazgo de facto en salud mundial estaba siendo asumido por organismos como el BM y el FMI, quienes siguieron empleando extensamente la fórmula económica neoliberal.

A medida que el decenio avanzaba, el modelo de mercado y su impacto en la salud fueron cada vez más cuestionados tanto en los países en desarrollo como por un número creciente de organismos y electorados internacionales de los países del norte. La OMS realiza a mediados de los noventa, un esfuerzo muy importante por interpretar y fortalecer la estrategia de salud para todos bajo (SPT) en el siglo XXI.

En el siglo XXI a principios del 2000 los gobiernos de Inglaterra, Estados Unidos y la OMS toman conciencia de la necesidad de cambio en los modelos predominantes en salud. Es así como en el 2005 la OMS, crea la comisión sobre determinantes sociales de la salud

(CDSS) (OMS 2010), liderada por Sir Michael Marmot. Este documento presenta un marco conceptual y práctico donde expone la razón de ser un movimiento mundial para fomentar la equidad sanitaria, actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud según la OMS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

La salud es un asunto social, económico, político y, sobre todo, un derecho de cualquier población humana. Sin embargo, la implementación de modelos de desarrollo neoliberales y sus políticas han propiciado la crisis de la sociedad, en particular del sector salud, al dar mayor importancia a los intereses de la propiedad y el libre mercado más que a los derechos fundamentales y las relaciones de solidaridad entre grupos y comunidades.

Las enfermedades no nacen en el momento que encontramos signos y síntomas característicos de la enfermedad, sino que se gesta desde antes y a partir de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales que fomentamos de manera inconsciente, a través de los procesos de producción y reproducción de nuestro sistema económico y cultural, a través de las prácticas insalubres de consumo exagerado por parte de las y los ciudadanos y por otro, a través de los procesos de producción masiva en los que no tenemos la capacidad de incidir.

El paradigma del factor de riesgo, multicausalidad o de la “caja negra”, que ha predominado en la epidemiología, ofreció aportes importantes en la comprensión de enfermedades infecciosas (las cuales han mostrado una considerable reducción), no obstante con las enfermedades no transmisibles, los logros han sido mucho más modestos

(Susser, 1998). La individuación del riesgo de enfermar, propia de este paradigma, excluye la idea de que el riesgo está socialmente determinado. Los estilos de vida se consideran como hechos de libre elección individual, disociados de los contextos sociales, cuando en realidad muchas de las variables medidas en el nivel individual están fuertemente condicionadas por procesos que operan en los niveles de grupo y sociales (Diez R. 1998). En el último tiempo han surgido otros enfoques tendientes al estudio de las condiciones sociales y cómo estas influyen y determinan el estado de salud de las poblaciones.

La epidemiología y las ciencias sociales han así fortalecido su vínculo, dada la necesidad de reconocer y documentar el amplio espectro de los determinantes de la salud, desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los macro de las condiciones sociales en que viven las poblaciones. En ese marco surge la denominada epidemiología social, que se caracteriza por el énfasis en investigar los determinantes sociales de las distribuciones de la salud y la enfermedad de las poblaciones (Krieger, 2001).

La teoría de los determinantes sociales nos permite comprender cómo es que los procesos de industrialización y reproducción del capital económico y cultural, inciden en la conformación de las condiciones que determinan la germinación de enfermedades que por su densidad demográfica, se convierten en problemas de salud pública. Desde este enfoque, las previsiones y medidas que pudieran tomarse desde el nivel individual, no serían suficientes para afectar o incidir de manera efectiva en la problemática en salud, como aquellas que pudieran implementarse desde la política pública y económica. No obstante, es preciso señalar que, el abordaje de esta problemática en salud, requiere de intervenciones de tipo ecológicas, que atiendan desde la individualidad de la mujer, hasta los cambios estructurales para que sean realmente efectivas.

La posición de dependencia económica de Latinoamérica en el marco de la globalización imprime a la realidad histórica de nuestros países graves problemas sociales, como la pobreza, la inequidad, la concentración de la tierra en grandes latifundios, el desborde de los procesos productivos, la pauperización del trabajo y el desamparo social.

En la actualidad, reflejo de esta situación es el hecho de que los problemas sanitarios son los mismos o han empeorando, a la par que otros emergen, mientras antiguas

problemáticas se invisibilizan para mantener estructuras de poder. El cáncer de mama es ejemplo de una entidad que aparece como consecuencia de las relaciones en nuestros espacios sociales.

De 2004 a 2008, la tasa de incidencia del cáncer de mama fue mayor entre las mujeres blancas (127,3 por 100.000 habitantes) que entre las afroestadounidenses (119,9 por 100.000 habitantes), la tasa de mortalidad por esta causa fue mayor entre estas últimas: 32,4 por 100.000 habitantes frente a 23,4 para las mujeres blancas. Las desigualdades y las inequidades con respecto al cáncer de mama son evidentes en los Estados Unidos. Las diferencias relacionadas con el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento dentro y entre las comunidades, y entre las mujeres de razas, grupos étnicos y antecedentes socioeconómicos distintos son pertinentes y significativas en el caso de la incidencia del cáncer de mama. Las condiciones de vida diarias, como las oportunidades de trabajo y las condiciones para las mujeres y el equilibrio entre la vida laboral y doméstica, influyen en la situación socioeconómica, que a su vez repercute en los factores de riesgo conductuales y ambientales del cáncer de mama (National Cancer Institute, 2011).

Un examen de los determinantes sociales de la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres de razas blanca y negra indica que las desigualdades son evidentes a lo largo de todo el proceso de atención de este tipo de cáncer, desde la prevención y la detección hasta el tratamiento y la supervivencia (Gerend M. A. 2008).

Según Gerend y Pai, las desigualdades y las inequidades están relacionadas con obstáculos derivados de la pobreza, vinculados a la falta de médico de atención primaria, factores geográficos, prioridades de supervivencia que compiten entre sí, comorbilidades, seguro de enfermedad inadecuado, falta de información y conocimiento, modos de vida riesgosos, factores a nivel de los proveedores y del sistema, susceptibilidad percibida al cáncer de mama, creencias y actitudes culturales.

3.2. Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células de la mama y que consiste en una proliferación acelerada e incontrolada de las células del epitelio glandular. Este cáncer tiene la capacidad de invadir los tejidos circundantes y enviar metástasis a áreas distantes del cuerpo. (SEOM 2013).

Es la neoplasia más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y algunos países de América Latina. (willet W. y Cols. 2010).

A escala mundial, según GLOBOCAN 2012, el cáncer de mama fue la quinta causa de muerte por cáncer en las mujeres de las regiones menos desarrolladas (324,000 muertes, 14.3 % del total) y la segunda causa más frecuente entre las mujeres de las regiones más desarrolladas (198,000, 15.4% del total).

Es más frecuente entre las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los no desarrollados. En 2012 fueron 1.67 millones de nuevos casos a escala mundial (25 % de todos los cánceres), (IARC, GLOBOCAN, 2012).

Con más de 408,000 nuevos casos y más de 92,000 muertes en 2012, el cáncer de mama es el primer cáncer en las Américas en cuanto a incidencia y el segundo en cuanto a muerte por cáncer en mujeres.

En América Latina y el Caribe, el 27 % de los casos nuevos de cáncer y el 15 % de las muertes por cáncer en 2012, se debieron al cáncer de mama (OPS 2014).

En El Salvador, es la segunda causa de muerte en las mujeres por éste diagnóstico. Para 2012, las tasas estandarizadas de incidencia y mortalidad fueron 23.6 y 8.8 por 100,000 mujeres respectivamente (OPS 2014).

La edad de máxima incidencia del cáncer de mama está por encima de los 50 años (75% de todos los casos) y aproximadamente 6% se diagnóstica en mujeres menores de 35 años (ESMO 2014).

Estadificación

Como el resto de tumores, todos los subtipos de cáncer de mama se clasifican en estadios, según la extensión de la enfermedad. Un cáncer de mama en estadio I es un cáncer de mama en etapa inicial y un estadio IV es un cáncer de mama avanzado que se ha extendido a otras partes del cuerpo.

El sistema de clasificación TNM se basa en el tamaño del tumor (T) y su extensión a los ganglios linfáticos regionales (N) o a otras partes del cuerpo (M). El estadio por lo general,

no se conoce hasta después de la cirugía en la que se extirpa el tumor y se analiza el estadio de los ganglios axilares.

Clasificación en estadios según la extensión de cáncer de mama

Estadio 0 o carcinoma in situ:

Carcinoma lobulillar in situ: lesión en la que hay células anómalas en el revestimiento del lobulillo. Raramente se convierte en cáncer invasor pero aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama tanto en la mama de lesión como la contralateral.

Carcinoma ductal in situ o carcinoma intraductal: lesión en la que hay células anómalas en el revestimiento de un conducto. No es una lesión invasiva pero si se deja evolucionar, puede convertirse en un carcinoma infiltrante o invasor.

Estadio I

El tumor mide menos de 2 cm y no se ha diseminado fuera de la mama

Estadio II. Incluye cualquiera de los siguientes:

El tumor mide menos de 2 cm pero afecta a ganglios de la axila

El tumor mide de 2 a 5 cm (con o sin diseminación ganglionar axilar)

El tumor mide más de 5 cm pero no ha afectado a los ganglios linfáticos axilares.

Estadio III o localmente avanzado. A su vez se divide en:

Estadio IIIA. Incluye los siguientes:

El tumor mide menos de 5 cm y se ha diseminado a los ganglios situados detrás del esternón.

El tumor mide más de 5 cm y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares o a los ganglios situados detrás del esternón.

Estadio IIIB.

Es un tumor de cualquier tamaño que afecta a la pared del tórax o la piel de mama.

Estadio IIIC. Es un tumor de cualquier tamaño con:

Afectación de más de 10 ganglios axilares

Afectación de ganglios axilares y de ganglios situados detrás del esternón.

Afectación de ganglios situados por debajo o por encima de la clavícula.

Estadio IV.

El tumor se ha diseminado a otras partes del cuerpo

Fuente: SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica, 2017.

Pruebas de detección y detección temprana de cáncer de mama

El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de mama consiste en encontrarlo antes de que empiece a causar síntomas (como una protuberancia que se pueda palpar). Las pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad en las personas que no tienen ningún síntoma. Los cánceres de seno que se encuentran durante los exámenes de detección suelen ser más pequeños y estar aún confinados al seno. El tamaño y la extensión del cáncer de mama son algunos de los factores más importantes para establecer el pronóstico (expectativa) de una mujer que padezca esta enfermedad.

Autoexploración mamaria

La autoexploración mamaria es un control realizado por la mujer para examinarse física y visualmente con el objetivo de detectar cambios en las mamas o axilas. Es conveniente vigilar el aspecto, tamaño y forma de las mamas así como la posible aparición de bultos tanto en las mamas como en las axilas. Este control debería hacerse mensualmente a partir de los 20 años y durante toda la vida, también durante el embarazo o después de la menopausia. Es una buena idea elegir un día determinado del mes para no olvidar la autoexploración mamaria. Es mejor un día entre el 5º y 10º del ciclo menstrual, cuando es menos probable que las mamas estén doloridas o inflamadas. Una vez llegada la menopausia se puede elegir un día como el 1º de mes para recordar el control. Hacer la autoexploración mamaria regularmente ayuda a establecer cómo son normalmente las mamas y así detectar mejor cualquier cambio. Esta técnica no debe utilizarse para reemplazar, sino para complementar, el examen profesional de un médico y la mamografía.

Mamografía

La mamografía es una radiografía especial de toda la mama que comprende no sólo la glándula, sino su extensión yuxta-axilar, axilar y planos profundos pretorácicos. Actualmente es considerada como el primer y único test de elección para la detección temprana de cáncer de mama en mujeres asintomáticas. Para lograr este objetivo es indispensable cumplir con estándares de calidad, tanto en la realización como en la lectura. La mamografía es una técnica radiológica especialmente compleja debido a la arquitectura de la mama. Ésta se compone de tres tipos de tejidos (adiposo, fibro-conectivo y glandular) distribuidos dentro de la mama sin seguir un patrón fijo, variando de mujer a mujer así como con la edad. El reto de la mamografía consiste en distinguir entre estos tejidos normales y las áreas patológicas, las cuales tienen coeficientes de absorción radiológica muy similares y, a su vez, las imágenes patológicas pueden ser sumamente pequeñas como las microcalcificaciones, por lo cual se requiere excelente definición de contrastes y una muy alta resolución.

Ultrasonografía de mama

La ultrasonografía (US) mamaria es el método de imagen más utilizado, además de la mamografía para la evaluación de lesiones del seno, justificado en su bajo costo, fácil acceso por parte de las mujeres que lo requieren, ausencia de radiación ionizante y por su capacidad para diferenciar lesiones quísticas de sólidas. Adicionalmente evalúa de manera precisa el tejido celular subcutáneo y las axilas, lo que permite detectar otras patologías como quistes sebáceos, ganglios o abscesos.

Las indicaciones actuales son evaluación inicial de lesiones palpables en mujeres menores de 30 años, caracterización de lesiones quísticas, identificación y caracterización de anomalías mamográficas palpables y no palpables en mujeres mayores, como guía en procedimientos intervencionistas, evaluación de problemas asociados a los implantes mamarios, evaluación del seno en mujeres embarazadas. Sus principales limitantes son la falta de reproducibilidad de los hallazgos en los diversos estudios, hallazgos incidentales, alta tasa de falsos positivos y su alta dependencia del operador.

El BI-RADS (Breast Imaging Report and Data System) ultrasonográfico es de gran importancia para la clasificación de las lesiones y estandarización de las conductas.

3.3. Estilo de vida y Cáncer de mama

La OMS, en la 31 sesión de su comité regional para Europa, definió “estilo de vida” como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Además, se comentó la necesidad de diferenciar entre estilo de vida y estilo de vida saludable y se enfatizó sobre la importancia de abordar el estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico (Kickbusch, 1986).

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas.

La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. Por ello, la estrategia de crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud (OMS, 1998).

En el enfoque social se considera que las variables sociales son los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad.

A mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde una perspectiva médico-epidemiológica con un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos

por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones (Erben R. y Cols. 1992).

Desde el paradigma biomédico se culpabilizaba en exceso a los ciudadanos de su pérdida de la salud, ya que se coloca en el sujeto la responsabilidad de su enfermedad y no se reconoce la importancia del contexto social ni de otros factores como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Todo ello, constituye una variante de la “culpabilización de la víctima”, que no sólo coloca la responsabilidad de la enfermedad exclusivamente en el enfermo, sino que correlativamente exime de responsabilidades que le son propias a los gobiernos y reduce la responsabilidad de las empresas productoras de enfermedades (Mechanic, 1979).

3.3.1. Factores condicionantes de los estilos de vida

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. A continuación vamos a describir las variables que la investigación ha demostrado como más influyentes en un estilo de vida como son : la dieta y alimentación, el sedentarismo, sobrepeso y obesidad , el consumo de tabaco, alcohol y estrés.

Dieta y alimentación

La notoria variabilidad geográfica de la incidencia del cáncer de mama en el mundo fue una de las primeras observaciones para sugerir que las diferencias en los hábitos dietéticos podían relacionarse con el desarrollo de dicha neoplasia.

El efecto de la migración en el riesgo de cáncer de mama añadió más información en este sentido, ya que las mujeres japonesas residentes en Japón con un bajo riesgo de cáncer de mama lo incrementaron al emigrar a Hawai, y aún más al nacer y permanecer en Estados Unidos de América (Nelson N. 2006), lo cual sugiere que, entre otros factores ambientales, el cambio de la dieta oriental a la occidental es un determinante de dicho riesgo.

Los alimentos contienen diferentes nutrientes y compuestos que pueden iniciar, acelerar o incluso detener el desarrollo de un tumor maligno.

En el último consenso mundial sobre dieta y cáncer se identificaron alimentos y nutrientes específicos sin lugar a dudas vinculados con el desarrollo de diversos tipos de cáncer, como el gástrico, colon y rectal, etc. No obstante la información es todavía incompleta para cáncer de mama (World Cancer Research Fund, 2007).

En Latinoamérica, al igual que en el resto del mundo, el cáncer de mama ocupa un lugar prioritario como causa de muerte por tumores malignos entre las mujeres. Así mismo se observan diferencias contrastantes en las tasas de incidencia; basta mencionar que las tasas de Uruguay y Argentina son tres veces mayores que en México, por (GLOBOCAN, 2005) y que los hábitos dietéticos también tienen grandes diferencias. Por ejemplo, el consumo percapita de carne en los primeros es en promedio de 80 kg por año, mientras que en México es de 58.4 kg por año (FAO, 2008).

Los mecanismos subyacentes propuestos para la relación entre carnes rojas y cáncer de mama se basan en la producción de compuestos nitrosos y la liberación de hierro. Los compuestos nitrosos se generan durante la digestión como consecuencia de las bacterias presentes en el estómago y el intestino grueso, así como durante el proceso de cocción, en el cual las elevadas temperaturas favorecen la generación de aminas heterocíclicas e hidrocarburos aromáticos policíclicos. De manera adicional, durante el proceso de cocción el grupo hemo libera hierro, que favorece la producción de radicales libres, activa los factores de transcripción encargados de la respuesta oxidativa, las citocinas proinflamatorias y las señales de hipoxia ((World Cancer Research Fund, 2007).

En contraste, el consumo de carotenos, vitaminas C y E, entre otras, se ha vinculado con una disminución del riesgo de cáncer de mama en Uruguay (Ronco A .L. Y Cols 1999) que es consistente con el efecto protector de la ingestión de vegetales de hojas verdes y frutas, identificado en Argentina, y el consumo de manzana y sandía en Brasil (Di Prieto P.F. y Cols, 2007).

Durante los últimos 30 años, se han publicado cientos de estudios epidemiológicos, caso control, estudios de cohorte, meta análisis, y estudios experimentales con modelos animales, que han examinado la asociación entre las dietas de los individuos y el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Sin embargo, los resultados son contradictorios y no permiten establecer de forma clara la relación entre la dieta y el riesgo de cáncer de mama.

No obstante, a pesar de no existir resultados contundentes e irrefutables, existe un consenso general de la incidencia que tiene la dieta en el riesgo del cáncer de mama, lo cual es de gran importancia para identificar los factores de riesgo modificables en los cuales enfocar los esfuerzos de la prevención.

La comprensión de la dieta y el balance energético como factores de riesgo, requieren información sobre la contribución de cada uno de los factores y de las interacciones entre ellos. El análisis de los diversos estudios ha demostrado claramente, que la composición de la dieta durante el transcurso de la vida, la calidad y cantidad de grasa saturada y el balance energético, contribuyen de forma independiente al crecimiento de la tumorigénesis de la glándula mamaria, lo cual conduce a desarrollar análisis independientes de cada uno de estos factores para identificar su incidencia en el riesgo de cáncer de mama (Westby M. y Cols, 2004).

La asociación que se encuentra con más frecuencia en los estudios, es la observada entre el consumo de verduras y frutas y una reducción del riesgo de cáncer de las zonas digestivas y respiratorias. Una dieta que contenga frutas, verduras y granos enteros, puede ayudar a disminuir el riesgo del cáncer de mama. Varios estudios realizados demostraron que en la mayoría de los países asiáticos las incidencias del cáncer y enfermedades cardio vasculares son bajas comparadas con las de los países occidentales y puede ser debido a que los asiáticos en sus dietas, consumen altas cantidades de pescado, cereales y bajas cantidades de grasa, a diferencia de los occidentales (Badger T. y Cols, 2005).

Sobrepeso y obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al Índice de Masa Corporal (IMC) como indicativo de obesidad y recomienda mantenerlo por debajo de 25 para conservar la salud y prevenir enfermedades. El riesgo de contraer cáncer de mama aumenta con el incremento del peso corporal. Las mujeres que aumentan de peso más de 27 kg de su juventud a la edad madura tienen el doble de riesgo de padecer cáncer de mama (Jacoby E. 2008). Se realizó un estudio en el año 2010 sobre grasa corporal y mala alimentación en mujeres con cáncer de mama. Este muestra una amplia prevalencia de sobrepeso y obesidad y una cantidad excesiva de grasa corporal y abdominal tras el diagnóstico de cáncer de mama.

La grasa corporal que se acumula en el área del abdomen y que se conoce como "obesidad abdominal" constituye un riesgo de salud mayor que la grasa corporal que se acumula en el área de los glúteos y de los muslos (Stoll B.A. 2002).

Se cree que los cambios endocrinos que tienen lugar en la obesidad podrían ser los causantes del incremento de la prevalencia de neoplasias mamarias en las mujeres obesas. Con respecto a la acción de las hormonas, se ha descrito una importante asociación entre valores elevados de estrógenos circulantes (característico de sujetos obesos) y ciertas neoplasias, como el cáncer de endometrio o el de mama (Amaral P. y Cols. 2010).

Por otro lado, se ha detectado un incremento de la prevalencia de cáncer de mama entre mujeres obesas con independencia de la edad. Aunque no está claro que la obesidad sea un factor de riesgo para el cáncer de mama, se ha sugerido que la exposición prolongada a la acción de ciertas hormonas, fundamentalmente de estrógenos e insulina en mujeres obesas, puede ser un factor decisivo (Aguilar M. J. y Cols. 2011). Las mujeres obesas poseen un riesgo mayor de padecer cáncer de mama después de la menopausia, en comparación con aquellas mujeres no obesas. Esto parece tener su explicación en los altos niveles de estrógenos circulantes. En las mujeres obesas posmenopáusicas los niveles de estrógenos son un 50-100% más elevados que entre las mujeres con peso normal (Pike M.C. y Cols 1993).

No hay que olvidar que antes de la menopausia, los ovarios son la fuente principal de estrógenos, aunque también lo es el tejido adiposo. Después de la menopausia, los ovarios dejan de producir estrógenos, por lo que el tejido adiposo se convierte en la principal fuente de esa hormona. Así pues, aquellos tejidos que, como el parénquima mamario, son muy sensibles a los estrógenos, quedan expuestos a un mayor estímulo entre las mujeres obesas (Beral V. 2003). Esta circunstancia conlleva un riesgo mayor de desarrollar una neoplasia y, en su caso, a un crecimiento más rápido de los tumores hormono-dependientes, fundamentalmente de los estrógenos (Key T.J. y Cols 2003). Está establecido que la obesidad está asociada con un pronóstico pobre del cáncer de mama.

Sedentarismo

Hasta el 2011, el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer (IARC), de los Estado Unidos, ha constatado que la vida sedentaria aumenta el riesgo de padecer diversos

tipos de cáncer. De hecho la doctora Christine Friedenreich (representante de IARC), explicó que los investigadores, tras estudiar 200 casos en todo el mundo que incluyó 123,000 personas, descubrieron que el sedentarismo puede estar asociado a 49,000 casos de cáncer de mama. Asimismo haciendo referencia a las nuevas investigaciones, detalló que la actividad física reduce de 25% a 30% el riesgo de diferentes formas de cáncer.

Las cifras antes mencionadas pueden ser aplicadas fácilmente a los datos de inactividad que la población mundial vive actualmente. La innovación tecnológica, con todas sus variantes, nos pueden dar razón de entre 60 y 80 % de la población adulta se ha vuelto sedentaria. Y precisamente, ese sector de la población adulta, resulta ser la más afectada. De acuerdo al titular de la OMS, la falta de actividad física, cuyos efectos son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la carga hormonal, puede actuar como un detonante efectivo de cáncer de mama, es decir, el incremento de la producción de estrógenos, al generar mayor cantidad y al afectar el tejido mamario, junto con el exceso de grasa, puede provocar grandes alteraciones en las células y desembocar en la formación de agentes tumorales (OMS 2014).

Los beneficios para la salud que se asocian con la práctica de los deportes y ejercicios aeróbicos con regularidad han sido ampliamente documentados por más de 30 años. No obstante, durante el último decenio han surgido nuevos datos científicos según los cuales la actividad física no tiene que ser vigorosa para aportar beneficios de salud. De hecho, 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día o durante casi todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importantes. Esta modesta cantidad de actividad física, al ser frecuente, puede reducir o eliminar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama.

La actividad física moderada pero regular como subir escaleras, caminar rápidamente y montar en bicicleta como parte de la rutina diaria, puede reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimular la autoestima y mejorar la claridad mental (Pate R.R. y Cols. 1995).

Además, los escolares que suelen ser activos tienen mejor rendimiento académico y un sentido de responsabilidad personal y social más acentuado que los que son más sedentarios (Jensen E. 2000).

La mayor parte de esos beneficios de salud han sido ampliamente divulgados y son conocidos en alguna medida por la población en general. Sin embargo, los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero. Tanto es así, que la inactividad constituye uno de los grandes factores de riesgo que explican las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles (ENT). En su informe sobre la salud en el mundo 2002, la OMS indicó que el 76% de todas las defunciones en el continente americano en el año 2000 se debieron a ENT, siendo esta proporción semejante a la encontrada en zonas desarrolladas de Europa (86%) y del Pacífico Occidental (75%). Ese mismo año se produjeron solo en América Latina 119 000 defunciones vinculadas con estilos de vida sedentarios.

América Latina y el Caribe han llegado a convertirse en la región del mundo en desarrollo que tiene la mayor urbanización, puesto que más del 60% de la población habita en centros urbanos. Este acelerado crecimiento de la población urbana ha avanzado con más rapidez que el desarrollo de la infra-estructura social y física, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda. En conjunto, estas diversas tendencias han contribuido a la insuficiencia de los sistemas de transporte, al aumento de los embotellamientos de tránsito y de la contaminación ambiental, a un descenso de los niveles de actividad física tanto en el trabajo como en horas libres y a cambios del panorama físico y social en las zonas urbanas.

Según datos obtenidos de 24 países en la Región de las Américas, más de la mitad de la población es inactiva, es decir, no observa la recomendación de un mínimo de 30 minutos diarios de actividad moderadamente intensa por lo menos 5 días a la semana (Jacoby B. Cols 2003). En varios países del continente americano, la proporción de la población cuya salud está en riesgo debido a una vida inactiva se aproxima a 60%.

Se trata de una situación particularmente marcada en personas de 60 años de edad o mayores, quienes representan el sector poblacional que más rápido crece actualmente en América Latina y el Caribe, con una tasa de crecimiento que es 3,5 veces mayor que la de la población en general. Además, estas personas mayores tienen la prevalencia más alta de ENT. Para esta gran población de personas con limitaciones de la movilidad y otros problemas de salud, la cual está aumentando, los ambientes que fomentan un estilo de vida saludable y un mayor acceso al transporte público están cobrando creciente importancia.

Tabaco

Como ya se ha comentado con anterioridad, está ampliamente estudiado que la exposición al tabaco incrementa el riesgo de Cáncer de Mama, así consta en el estudio realizado por el Iowa Women's Health Study en 2005 (Carme Valls, 2006) y en otros estudios (Cox DG et al., 2011). El riesgo por exposición pasiva es aplicable a algunos ambientes laborales (bares, restaurantes, discotecas, etc.).

Durante mucho tiempo, los estudios indicaban que no había una relación entre fumar cigarrillos y el cáncer de seno. Sin embargo, en los últimos años, más estudios han demostrado que fumar por mucho tiempo está relacionado con un mayor riesgo de padecer cáncer de seno. En algunos estudios, el riesgo fue mayor en ciertos grupos, como las mujeres que comenzaron a fumar antes de tener su primero hijo.

El Informe del Director General de Salud Pública de los Estados Unidos emitido en 2014 concluyó que la evidencia es “sugestiva, pero no suficiente” para establecer el vínculo entre el hábito de fumar y el riesgo de cáncer de seno. Los investigadores también evalúan si el humo de segunda mano aumenta el riesgo de padecer cáncer de seno. Tanto el humo directo que aspira el fumador como el humo de segunda mano contienen químicos que, en altas concentraciones, causan cáncer de seno en roedores.

En los estudios con humanos, la evidencia relacionada con el humo de segunda mano y el riesgo de padecer cáncer de seno no es muy clara, por lo menos en parte, porque el vínculo entre fumar y el cáncer de seno tampoco está claro. Una razón para esto podría ser que el humo del tabaco puede tener diferentes efectos en el riesgo de padecer cáncer de seno de las fumadoras en comparación con aquellas que sólo están expuestas al humo de segunda mano. Un informe de la Agencia de Protección Ambiental de California concluyó en 2005 que la evidencia asociada al humo de segunda mano y el cáncer de seno es “consistente con una asociación causal” en mujeres jóvenes, principalmente premenopáusicas.

Alcohol

La (IARC) clasifica los productos químicos y agentes en cuanto a su capacidad para producir cáncer (es decir su carcinogenicidad).

Esta agencia ha clasificado las bebidas alcohólicas como “grupo 1”, lo que significa que hay una gran cantidad de evidencia de que las bebidas alcohólicas pueden causar algunos tipos de cáncer en humanos, además informó recientemente que para 2010 más de cien estudios epidemiológicos han evaluado la asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el riesgo de cáncer de mama.

Se asegura que existe una estrecha relación entre la ingestión de alcohol y el cáncer de mama. El efecto del alcohol en la génesis de esta afección no está definido; según los resultados de algunas investigaciones científicas, este puede estar provocado por la acción directa de los productos del etanol sobre las membranas celulares del epitelio mamario, o por la lesión del tejido hepático cuya insuficiencia permite que se incrementen los estrógenos y estos, a su vez, ejercen una acción favorecedora del cáncer en las mamas. Es evidente que las bebidas alcohólicas poseen compuestos de diferente naturaleza química, los cuales se encuentran en cervezas, vinos, entre otros, de manera tal que se han identificado nitrosaminas en cervezas elaboradas mediante procesos que utilizan tratamientos térmicos.

La epidemiología ha demostrado que el consumo de alcohol está relacionado causalmente con un riesgo mayor de padecer cánceres del tracto aero-digestivo superior, hígado, colon, recto y mama femenina. Especialmente preocupante es el caso de cáncer de mama debida al consumo crónico de alcohol. En efecto, el cáncer de mama es una causa de enfermedad y muerte extremadamente importante en las mujeres y el consumo de alcohol es uno de los factores de riesgo modificables para este tipo de cáncer. (Castro J.A. 2015).

Estrés

El estrés puede producir efectos sobre la competencia inmunológica del individuo, por la vía de la mediación de los mecanismos neuroquímicos y hormonales. Además, los cambios hormonales en sí mismos pueden influenciar el crecimiento del tumor. En la actualidad, existen evidencias cada vez más notables de la relación existente entre el estrés, la reactividad inmunológica y el desarrollo del cáncer. Recientemente han sido implicadas las células destructoras naturales llamadas células NK, un subgrupo de linfocitos con la función de ejercer la vigilancia inmune anticarcinogénica, al ser capaces de adquirir propiedades citotóxicas espontáneas. Tanto estas células, como los macrófagos pueden disminuir la actividad tumoral, y ambos son inhibidos por el estrés. (Florez, 1994).

Trabajo nocturno

En 2007, la (IARC), ya mencionada anteriormente, consideró el trabajo nocturno como probable cancerígeno (Categoría 2A). Esta conclusión se basó en suficiente evidencia de estudios en animales de experimentación y en evidencia limitada en humanos. En relación a lo anterior, cabe como posible hipótesis el hecho de que la exposición a la luz artificial nocturna produzca una disrupción del ritmo circadiano y como consecuencia una disminución en la síntesis de la hormona melatonina que juega un papel importante en la carcinogénesis.

Muchas funciones fisiológicas, tales como la temperatura, la secreción hormonal, la alternancia sueño-vigilia y el estado de alerta se incrementan y decrecen en ciclos de aproximadamente 24 horas (ritmo circadiano). Un grupo de células en el cerebro, el Núcleo Supraquiasmático (NSQ), actúa como un marcapaso o reloj endógeno, dirigiendo los ritmos circadianos. Los factores ambientales, llamados sincronizadores ayudan a regular los ritmos circadianos en ciclos de 24 horas (día-noche). De estos factores (temperatura externa, presión atmosférica, etc.) la luz es el más poderoso sincronizador (Moreno M. y Cols. 2013).

La melatonina es una hormona principalmente secretada durante la noche por la glándula pineal. El nivel pico máximo de secreción de melatonina ocurre durante el sueño a mitad de la noche (entre las 00:00 h y las 03.00 h). Los factores que modulan su secreción son de 2 tipos: ambientales (fotoperíodo, temperatura, estación del año) y endógenos (la edad, a partir de los 30 años se produce una disminución de su síntesis en los humanos; y el estrés), se ha demostrado que la melatonina está involucrada en la regulación de los ritmos circadianos, del sueño, envejecimiento, enfermedades cardiovasculares, afecciones psiquiátricas como el Desorden Afectivo Estacional (SAD). Se le atribuye una acción antineoplásica a través de los siguientes mecanismos: antioxidante, antimitótico y antiangiogénico. Puede actuar como un agente modulador del sistema inmunológico y alterar el metabolismo lipídico. Interviene en la regulación del crecimiento tumoral actuando a través de genes supresores de tumores y a nivel del cáncer mamario actúa bloqueando los receptores estrogénicos e inhibiendo la aromatasa disminuyendo el estímulo estrogénico (Jimenez J.D. 2011).

La hipótesis de la exposición a la luz artificial nocturna y el protagonismo del déficit de melatonina durante el proceso de formación del cáncer, son algunas de las explicaciones sobre los posibles mecanismos de acción. Las interacciones de la melatonina en el sistema endocrino, inmunológico, de respuesta inflamatoria, de control del ciclo celular y del metabolismo lipídico, entre otros, es compleja y con múltiples efectos, en ocasiones contrapuestos, dejando sin duda un amplio campo de estudio para los años próximos.

Recientemente, Dinamarca ha sido el primer país que ha reconocido como Enfermedad Profesional el Cáncer de Mama en trabajadoras que presentaban como único factor de riesgo, haber trabajado de noche al menos una vez a la semana durante los últimos 20 años, también han aceptado el Cáncer de Mama como Enfermedad Profesional: Finlandia, el estado de Manitoba en Canada, Nevada en EEUU y Shanghai en China. (SafetyWork, Octubre 2011).

4.4. Características Reproductivas y la Edad en Cáncer de Mama

El riesgo de una mujer de padecer un cáncer de mama está estrechamente relacionado con varios factores reproductivos y la edad.

Edad

El cáncer de mama es un tumor raro antes de los 25 años, y su frecuencia aumenta de forma continua con la edad, alcanzando la mayor incidencia en etapas avanzadas de la vida.

Estudios realizados en las mujeres de los Estados Unidos con el objetivo de demostrar la relación existente entre tumor de mama, edad actual e incremento del riesgo de padecerlo en intervalos de 10, 20 y 30 años, demostraron que las mujeres están más expuestas a esta enfermedad a medida que envejecen (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades 2010).

Aproximadamente un 25% de las mujeres que desarrollan cáncer de mama lo hacen en sus años reproductivos. En el grupo de mujeres de esta edad, tiende a ser más agresivo (John Link, 2008). Tener entre 45 y 60 años presenta un riesgo mayor.

El 75% de los cánceres se presenta en mujeres mayores de 50 años (Torres L.A. 2003).

Menarquia

La edad de la menarquia (primera menstruación) a edad temprana, definida como la que ocurre antes de los 12 años de edad, se ha vinculado con un incremento del riesgo de cáncer de mama de 10 a 20% en comparación con el riesgo que tienen las mujeres cuya menarquía ocurre a los 14 años. Este riesgo mayor se atribuye a que la presentación temprana de la menarquia implica un establecimiento más temprano de los ciclos ovulatorios, un aumento de la duración de la exposición a hormonas y un nivel más alto de estrógenos séricos durante la vida de la mujer (Dumitrescu R.G. y Cols. 2005).

La menarquia temprana puede explicar, en parte, las diferencias en el riesgo encontrado entre distintas poblaciones, por ejemplo entre mujeres de países desarrollados y en desarrollo. En general, las mujeres de los primeros experimentan la menarquia más tempranamente que las mujeres de los segundos. La media de edad de la menarquia en China es de 15 años, comparada con 12.5 años de las niñas blancas estadounidenses, mientras que la tasa de incidencia estandarizada por edad es menor en China que en Estados Unidos (Althurs M.D. 2005). En este sentido, en un estudio de casos y controles, realizado en Estados Unidos de América, se observó un incremento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que tuvieron la menarquia a edades muy tempranas en comparación con aquellas que la tuvieron a los 15 años o después.

Edad de la menopausia.

La edad tardía de la menopausia se relaciona con un incremento del riesgo de cáncer de mama, esto se explica porque la edad tardía de la menopausia expone a la mujer a un mayor número de ciclos ovulatorios, esto es, un mayor número de años de exposición a los estrógenos provenientes de los ovarios. Se ha evidenciado que por cada año que se incrementa la edad de la menopausia, el riesgo de cáncer de mama aumenta en 3 por ciento. La menopausia quirúrgica le confiere a la mujer una mayor protección contra el cáncer de mama que la menopausia natural a la misma edad, debido probablemente a que la menopausia quirúrgica elimina de forma súbita la fuente ovárica de estrógenos en lugar de hacerlo de manera gradual como ocurre en la menopausia natural. En comparación con las mujeres que experimentan la menopausia de forma natural, aquellas cuya menopausia se induce por medios quirúrgicos (ooforectomía o histerectomía) antes de los 35 años de edad tienen sólo 40% del riesgo (McPherson K. y Cols 1994).

Edad al primer embarazo de término y paridad

La edad temprana de la madre en el primer embarazo de término y la paridad han mostrado una relación con una disminución del riesgo de cáncer de mama. Las mujeres que conciben un producto antes de los 18 años tienen un tercio del riesgo respecto de aquellas que lo tienen después de los 35 años.

El primer embarazo se vincula con una elevada división celular mamaria seguida por la diferenciación terminal del tejido glandular. Esto representa un doble efecto: un incremento transitorio del riesgo de cáncer de mama debido a la mayor división celular; y por otro lado, un efecto protector prolongado debido a la diferenciación celular terminal e irreversible. Este incremento transitorio del riesgo de cáncer de mama es mayor cuando las mujeres tienen a su primer hijo a una edad más avanzada, dado que las células viejas tienen una mayor probabilidad de sufrir daño genético que las jóvenes. La nuliparidad se ha relacionado con un mayor riesgo de cáncer de mama. No obstante, las mujeres que han tenido su primer embarazo después de los 35 años han mostrado un mayor riesgo de cáncer de mama que las mujeres nulíparas (Vatten L.J. Y Cols 1992).

Además, se ha observado que las personas que tienen su primer embarazo de término antes de los 20 años, y cuentan además con una paridad alta, poseen la mitad del riesgo que las mujeres nulíparas. Un segundo embarazo de término a una temprana edad también reduce el riesgo de cáncer de mama (Dumitrescu R.G. y Cols. 2005). El efecto de la paridad y la edad al primer embarazo de término sobre el riesgo del cáncer de mama se ha estudiado de forma consistente en los estudios de América Latina.

Lactancia materna

Se ha sugerido que el mayor número de meses de lactancia se vincula con una disminución del riesgo de cáncer de mama. El retraso en el restablecimiento de la ovulación y, por ende una disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, se ha propuesto como un posible mecanismo de protección contra el cáncer de mama a través de la lactancia al seno materno (Honda A. y Cols.1998). Por otro lado, concentraciones séricas bajas de prolactina se han acompañado de un riesgo menor de cáncer de mama y se ha observado que los niveles de prolactina son mayores en mujeres que informan fallas en la producción de leche en comparación con aquellas que refieren una producción suficiente (Hietela M. y Cols.2008). Además, se han identificado concentraciones séricas de prolactina más altas en

mujeres nulíparas que en multíparas. Los niveles séricos de prolactina se redujeron después del primer embarazo de término, pero no con los embarazos posteriores.

El efecto restringido en mujeres posmenopáusicas refleja la gran dificultad que tienen en recordar con precisión el número de meses que ofrecieron lactancia materna. Las inconsistencias entre los estudios pudieron deberse a patrones de lactancia distintos entre las poblaciones, por ejemplo, la mitad de los niños en países asiáticos se alimenta al seno materno durante tres años o más, mientras que el 60% de las mujeres de algunas sociedades occidentales alimentaron al seno menos de cuatro meses (Miches K.B. y Cols. 1994). Sin embargo, en 2003 el Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, reanalizó la información individual proveniente de 47 estudios epidemiológicos en 30 países y encontró una reducción de 4.3% del riesgo de cáncer de mama por cada 12 meses de lactancia. Asimismo, un estudio conducido en mujeres de Nigeria señaló que el riesgo de cáncer de mama se redujo en 7% por cada 12 meses de lactancia (Huo D. y Cols 2008).

En América Latina, la lactancia materna es mayor que en países con un mayor desarrollo económico, como Estados Unidos y algunos países de Europa occidental; pese a ello, esta práctica ha mostrado un descenso, como en casi todo el mundo, lo cual ha reducido de esta forma la protección que podría conferir contra la incidencia del cáncer de mama.

3.5. Antecedentes familiares

Es bien sabido que el hecho de tener antecedentes familiares de cáncer de mama es uno de los factores de riesgo más significativos para la aparición de cáncer mamario.

El riesgo aumenta en presencia de antecedentes familiares de cáncer de mama, en hermanas, madre y tías maternas, en especial si ha sido en la premenopausia y bilateral. Cuanto más joven haya sido el familiar cuando contrajo el cáncer mayor es el riesgo.

Cuanto más joven sea la mujer con antecedentes familiares de cáncer mamario, mayor será la probabilidad de contraer la enfermedad (OPS-OMS 2011).

Se estima que el 5 al 10 % de los cánceres de mama son atribuidos a síndromes hereditarios con transmisión autosómica dominante. Estos se caracterizan por una edad de aparición más temprana que la del cáncer esporádico, transmisión vertical, presentación bilateral o de múltiples cánceres primarios en un individuo y asociación familiar con otros

cánceres. La biología molecular, ha detectado entre otras explicaciones, la inestabilidad genética y diversas mutaciones en genes supresores tumorales.

Dentro de este grupo de genes están los denominados BRCA 1 y BRCA2 (por sus siglas en inglés breast related cancer allele 1 y 2), los cuales están asociados a una mayor presentación de cáncer de mama (Burke W. y Cols.1997). Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario (OMS 2017)

3.6. La talla y cáncer de mama

La talla muestra una ligera asociación con el riesgo de cáncer de mama, la talla promedio es generalmente mayor en poblaciones con mayor incidencia que en poblaciones con menor incidencia, unos 10 centímetros más de talla está asociado con un incremento del riesgo en alrededor de 10% (Hunter D.J. y Cols 2010).

3.7. La cultura en el proceso salud- enfermedad

La enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar.

Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos (Kornblit A.L y Cols. 2000).

La construcción del concepto salud enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud enfermedad.

Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (Gómez L. y Cols. 2000).

Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.

3.8.La percepción en salud

Los distintos conjuntos sociales prestan distinta atención a los procesos mórbidos de acuerdo con su propia vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con condicionantes estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a cómo nos situemos para observarla. De la misma manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar desde donde se mire.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso (Llovet J.J,1984).

Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que se denomina autocuidado (Menéndez E. 2004). Este comportamiento responde a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales sólo una es ó puede ser la utilización del sistema de salud. Este recorrido previo a la demanda, no sólo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la

"mirada" del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

La idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana (Fitzpatrick R. 1990).

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos.

Por lo tanto, es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder (Samaja J. 2004).

3.9.Aspectos Psicológicos del Cáncer de mama

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada, sin embargo la identificación y tratamiento de estos trastornos ha sido insuficiente. Aspectos como la confluencia de sintomatología somática y psíquica, la consideración de manifestaciones normales de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, la falta de formación del personal médico en la detección de trastornos psiquiátricos, ya sean éstos secundarios a la propia enfermedad o a los tratamientos oncológicos, hace que los trastornos psicológicos del cáncer no sean en muchas ocasiones de interés médico ni tengan la atención apropiada (Maté J. y Cols. 2004).

Al respecto, se señala que alrededor del 70% de los pacientes con enfermedades avanzadas como el cáncer se quejan de dolor, náuseas e insomnio. El sufrimiento del paciente junto con la sensación de abandono, la impotencia, ansiedad y depresión, son síntomas que se pueden resolver con el apoyo de la familia y las personas que participan en el equipo de cuidado. Sin embargo, en ocasiones, estos periodos de crisis se extienden y puede ser necesario el tratamiento farmacológico y psicológico (Novoa M. y Cols. 2008).

Los trastornos psicopatológicos más comunes dentro de la población de pacientes con cáncer son la ansiedad, depresión y los trastornos del sueño. La identificación de estas patologías durante el curso de la enfermedad es de vital importancia para determinar en cuáles casos la intervención psicológica junto con la terapia farmacológica podría dar mejores resultados (Mystakidou K. y Cols. 2005). Igualmente, la ansiedad, la fatiga y los trastornos de sueño se han reportado frecuentemente en la literatura científica como efectos secundarios al tratamiento del cáncer de mama (Williams S. y Cols. 2005).

Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas económicos; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia (Knapp E. y Cols. 1990).

3.10. Modelo de creencia en salud

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS). El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades (Hochbaum G.M, 1958).

Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas.

El MCS postula que la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud está determinada por cuatro variables psicológicas: a) la persona debe percibirse vulnerable a la enfermedad (vulnerabilidad percibida); es decir, debe ser consciente de su riesgo personal de padecer esta enfermedad; b) debe considerar que las consecuencias de la enfermedad, tanto médicas como sociales, son graves (gravedad percibida), c) debe creer que la conducta de salud reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos); y d) debe considerar que los inconvenientes o los aspectos negativos (físicos, psicológicos, sociales, etc.) asociados a la acción preventiva (barreras percibidas) pueden ser superados por los beneficios. Estos cuatro conceptos, han sido probados, individualmente y en combinación, como factores de predicción de conducta de salud.

Vulnerabilidad y Gravedad o, lo que es lo mismo, la amenaza percibida de la enfermedad determina el grado de motivación o preparación psicológica del sujeto para llevar a cabo alguna acción preventiva y las percepciones del sujeto respecto a las ventajas e inconvenientes de llevar a cabo la conducta preventiva determinan la acción específica emprendida. Adicionalmente, el modelo propone que, cuando el sujeto mantiene estas creencias, la conducta de salud puede ser desencadenada ante la presencia de determinados disparadores o “claves para la acción”. Estas claves pueden ser internas (síntomas físicos) o externas (recibir una invitación para participar en un programa de control mamográfico). Por último, el modelo de Creencias de Salud también reconoce que otras variables (las llamadas de forma genérica, estructurales) como son las variables sociodemográficas, las características de personalidad o el grado de información pueden influir en la decisión de adoptar una conducta de salud, pero siempre de forma indirecta, a través de su influencia sobre las dimensiones sociocognitivas básicas postuladas por el modelo.

El modelo de creencia de salud es uno de los pocos modelos disponibles que intentan explicar la conducta de salud, propone que el estado subjetivo de buena disposición de los individuos para actuar y comprometerse en conductas de salud es una función de importantes factores.

Feuerstein et al (1986) también señalan que estos componentes pueden ser influenciados por factores demográficos y psicosociales. Así la diversidad demográfica, étnica y de factores sociales, así como la personalidad pueden en un momento dado influenciar motivaciones y percepciones de salud, y de ese modo indirectamente influenciar la ocurrencia de conductas en salud. Además señalan que el modelo de creencia de salud ha

sido utilizado para predecir tanto conductas de salud antes de la enfermedad, como es el caso de screening para el cáncer, como conductas de salud durante una enfermedad, como el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas.

3.11. Significados en el proceso salud-enfermedad

Acercarse a los significados del proceso salud enfermedad, ofrecen elementos para orientar intervenciones en salud sensibles a la cultura y a direccionar las acciones. Estudios realizados han demostrado que existen potencialidades para el cuidado de la salud en el saber popular. Asimismo que los grupos tienen formas particulares de definir, nominar y tratar los problemas de salud, que no siempre responden a las interpretaciones dadas por los profesionales (López L. y Cols. 2011). Bajo estas consideraciones se hace necesario conocer el mundo de los significados, en el proceso salud-enfermedad de las poblaciones con las que se va a trabajar, con el fin de conocer sus potencialidades y necesidades desde su punto de vista y así proponer estrategias culturalmente adaptadas.

3.12. Política Nacional de Salud en El salvador

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha dirigido el proceso de Reforma de Salud desde 2009 y lo ha profundizado en este periodo gubernamental. La reforma se sustenta en el enfoque de la determinación social de la salud, que destaca la importancia de las condiciones históricas en que viven, trabajan y se relacionan las personas, tanto a nivel individual como colectivo, evidenciando que no es posible generar cambios favorables en la salud de los pueblos si no se actúa sobre dichas condiciones. Esto implica necesariamente cuestionar el modelo de desarrollo vigente, plantear y redistribuir equitativamente las riquezas a través del fortalecimiento del Estado y la generación de capacidades para responder de manera articulada y oportuna a las adversidades. El fortalecimiento del MINSAL bajo dicho enfoque ha significado un importante avance para la atención de la salud en nuestro país y ha merecido además múltiples reconocimientos internacionales por su visión y logros.

En coherencia con este planteamiento se actualizó la Política Nacional de Salud, retomando sus logros, las brechas y los desafíos actuales identificados para garantizar el cumplimiento pleno del derecho a la salud de la población, así como las recomendaciones planteadas por diferentes actores de relevancia en los talleres de consulta de la propuesta de Plan Quinquenal de Gobierno y de Profundización del Proceso de la Reforma de Salud

en El Salvador. El MINSAL ha continuado fortaleciendo las redes de servicios de salud, implementando un modelo de atención integral que aborda a la persona, su entorno familiar y comunitario (MINSAL, Informe de Labores 2015-2016, pag: 14).

3.13. Política Nacional para la Prevención del Cáncer

Esta política se basa en el Diagnóstico situacional de cáncer de en El Salvador, emitida el 16 de septiembre de 2015, que reconoce esta enfermedad como una de las que afectan cada vez con mayor frecuencia y de manera contundente a la población salvadoreña y una de las que generan mayor carga de morbilidad y mortalidad; vale recordar que el cáncer es la segunda causa de muerte en el país y el mundo. Tiene como objetivo general establecer las intervenciones requeridas para la prevención y control del cáncer, para disminuir la carga de la enfermedad en la población salvadoreña y mejorar su calidad de vida, implementando intervenciones de promoción de la salud, prevención, detección y diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación, cuidados paliativos e investigación (Diario Oficial, septiembre 2015). La política establece que en las intervenciones de salud realizadas por el Sistema Nacional de Salud debe prestarse especial atención a las causas de la enfermedad y a su determinación social, es decir, que debe ponerse mayor énfasis en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

Como toda política pública en salud, rescata y destaca la salud como derecho humano y social, conquista impostergable para el pueblo salvadoreño e indelegable para el Estado. Todo lo anterior, sin descuidar la detección y diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la investigación en cáncer. Asimismo, otorga al MINSAL el papel de ente regulador y al Sistema Nacional de Salud (SNS) el ejercicio de la rectoría. Tanto el diagnóstico como la formulación de esta política siguieron un proceso participativo similar al descrito para la Política Nacional de Salud (MINSAL, Informe de Labores 2015-2016, pag: 126).

3.14. Atención Integral al Cáncer

El Ministerio de Salud reconoce que el cáncer es un problema que afecta cada vez con más frecuencia el estado de salud de la población salvadoreña, deteriorando su expectativa y calidad de vida, así como generando desequilibrio en la economía familiar, al hacer frente

a una enfermedad de alto costo y alto impacto social. Por lo anterior se han generado diversas acciones, entre ellas la consolidación de la Unidad Nacional para la Prevención y Control del Cáncer de la Secretaría de Estado, que ha desarrollado acciones de promoción, educación en salud, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en los establecimientos de la RIISS, promoviendo la participación interinstitucional e intersectorial. El punto de partida para la estructuración del nuevo enfoque para la prevención y control del cáncer, fue la elaboración participativa del Diagnóstico Situacional del Cáncer en El Salvador, que permitió identificar la distribución de la carga del cáncer a nivel hospitalario, siendo en el sexo femenino los más frecuentes: el cáncer de cuello uterino, mama y leucemias; mientras que para el sexo masculino: cáncer de estómago, leucemias y linfomas. Es importante mencionar que en las edades pediátricas el cáncer hematológico es el más frecuente. Resultado de un análisis participativo del mencionado diagnóstico fue la construcción y oficialización de la Política Nacional para la Prevención y control del Cáncer.

En el marco del cumplimiento de la mencionada Política, se han realizado avances significativos, como: ejecución de Plan de promoción de la salud y educación para la prevención de cáncer, elaborando y distribuyendo material educativo, audiovisual, y capacitando en la temática a más de 800 recursos humanos multidisciplinarios, de los diferentes niveles de atención, quienes llegarán a capacitar a la totalidad de los profesionales de la salud de esta cartera de Estado. Al mismo tiempo, dicho plan se está desarrollando en las instituciones del sector que conforman la Alianza para la Prevención y Control del Cáncer, que incluye al Foro Nacional de Salud. En el periodo que se informa se formularon y socializaron los Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer de cérvix y mama, que plantean el abordaje integral de la atención al cáncer a través de la prevención primaria con la promoción y educación en salud, la prevención secundaria con la detección mediante pruebas de tamizaje y la atención oportuna de las lesiones premalignas, así como la prevención terciaria con base en tratamientos con cirugía, quimioterapia, radioterapia hasta los cuidados paliativos. se ha dado inicio a la investigación *Caracterización epidemiológica de las mujeres con cáncer de mama en el Hospital Nacional de la Mujer* en El Salvador, periodo enero 2014 a mayo 2016, lo que permitirá medir la magnitud de estas enfermedades en la población para orientar las intervenciones.

3.15. Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), es una institución oficial autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto la administración de las cotizaciones y aportes destinados al financiamiento de un programa especial para brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones, a las y los docentes que trabajan para el Estado en el Ramo de Educación, su cónyuge o conviviente y sus hijos.

El (ISBM), nace por la necesidad de brindar servicios médicos hospitalarios al sistema de docentes del Ministerio de Educación en el año de 1968 bajo el nombre de “Hospital de ANTEL”, y fue hasta en 1980 que se nombró como actualmente se le conoce Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. A partir del 2010 los docentes del programa EDUCO ingresan a formar parte del ISBM engrosando la cantidad de cotizantes y beneficiarios del mismo.

A partir del 3 de enero del 2011 se ha da un giro al programa de salud en lo que concierne a los aspectos de gerencia y administración de los servicios médicos ya que se deja a un lado la contratación de médicos privados y se establece por todo el país centros asistenciales para brindar directamente los servicios médicos denominados Policlínicos Magisteriales que se entenderá como: “Un establecimiento donde se brindará servicios de salud a fin de diagnosticar y tratar enfermedades con una planta de profesionales en medicina general con enfoque en medicina familiar, medicina especializada en gineco obstetricia, medicina interna, psicología, servicios de apoyo de laboratorio clínico, electrocardiogramas estudios de ultrasonografías, servicios de auxiliares de enfermería y dispensación de medicamentos de uso crónico y repetitivo.”

El ISBM inició en 2007 la promoción de la toma de la prueba para la detección oportuna del cáncer de mama, cérvix y próstata, a través de la realización de mamografías, citologías y antígeno prostático específico. La atención de los pacientes con cáncer se realiza a través del convenio con la red nacional de hospitales, principalmente con el Hospital Nacional Rosales. Además se brindan servicios de radio cirugía y radio terapia a través de proveedores privados, que la institución subcontrata.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

1-Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal con enfoque cualicuantitativo, es descriptivo porque no se establecen relaciones de causa-efecto y de corte transversal porque el estudio se realizó en un período determinado. El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento, permite analizar las cualidades de ambos enfoques de investigación, cualidades que resultan valiosas y que han realizado aportaciones notables al avance de la ciencia, comparativamente hablando ninguno es mejor que el otro, la combinación de ambos nos permite obtener mejores resultados en la investigación, por una parte la investigación cuantitativa nos da la posibilidad de generalizar resultados y nos otorga control, réplica y comparación del fenómenos de estudio con otros estudios similares; la investigación cualitativa proporciona profundidad en la información, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización, detalles, indagación fresca, natural, holística, flexible y experiencias únicas por su cercanía con el entorno.

2-Area de estudio

Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de febrero a junio de 2017.

3-Grupo poblacional

Todas las usuarias que consulten el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de febrero a junio de 2017.

4-Grupo seleccionado

40 usuarias del Policlínico que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

-Usuarias mayores de 18 años

Criterios de Exclusión

-Usuarias que no desean colaborar con la investigación

- Usuarías con algún tipo de discapacidad que no les permita responder al cuestionario.
- Usuarías con diagnóstico de cáncer de mama.

5-Unidad de análisis

Usuarías que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de febrero a junio de 2017.

6-Operacionalización de los descriptores

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

Descriptor: características sociodemográficas

Subdescriptores:

- Procedencia
- Edad
- Estado nutricional
- Estado civil
- Nivel educativo
- Número de hijos
- Práctica de lactancia materna
- Antecedente familiar de cáncer de mama

Objetivo 2: Indagar la opinión que tienen las usuarias en relación al cáncer de mama.

Descriptor: Opinión

Subdescriptores:

- Causas que originan el cáncer de mama
- Sentimientos que experimenta una mujer con diagnóstico de cáncer de mama

Objetivo 3: Identificar que creencias sobre el cáncer de mama comparten las usuarias del Policlínico de San Salvador frente a éste tipo de enfermedad.

Descriptor: Creencias

Subdescriptores:

- Creencias sobre estilo de vida y cáncer de mama
- Creencias de las entrevistadas sobre la autoexploración mamaria
- Creencias de las entrevistadas sobre la mamografía

Objetivo 4: Determinar el significado que experimentan las usuarias acerca del cáncer de mama.

Descriptor: Significado

Subdescriptor

- El Significado de cáncer de mama para la entrevistada
- El Significado para su pareja
- El Significado para su familia

7-Técnica e instrumentos de recolección de datos

Entrevista aplicada a cada una de las usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión.

8-Técnicas de análisis

Matricial aplicando criterio de síntesis y para la interpretación se tomó en cuenta la siguiente tabla:

Tabla para la interpretación de resultados

Respuestas	
Todas	43
La mayoría	21 ó más
Algunas	10 ó más
Otras	5 ó más

9-Procedimiento

Se realizó reunión con el coordinador del Policlínico del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, se solicitó permiso para desarrollar la investigación, se le explicó el propósito de la investigación que tendría como finalidad reorientar la estrategias de prevención de cáncer de mama. Se efectuó la validación del instrumento a utilizar en el mes de febrero de 2017, Se seleccionaron a 40 usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión. La información se obtuvo de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron el policlínico y luego se continuó con el procesamiento de datos.

10-Consentimiento Informado (ver anexo 1)

Se les informó a las usuarias el objetivo de la investigación, se le explicó que era voluntaria, se solicitó su autorización para realizar la entrevista la cual se aclaró, era de carácter anónima, que los datos serían manejados de manera confidencial y que podrían retirarse en el momento que lo creyera conveniente.

V. RESULTADOS

Gráfica No.1: Procedencia de las usuarias, que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio

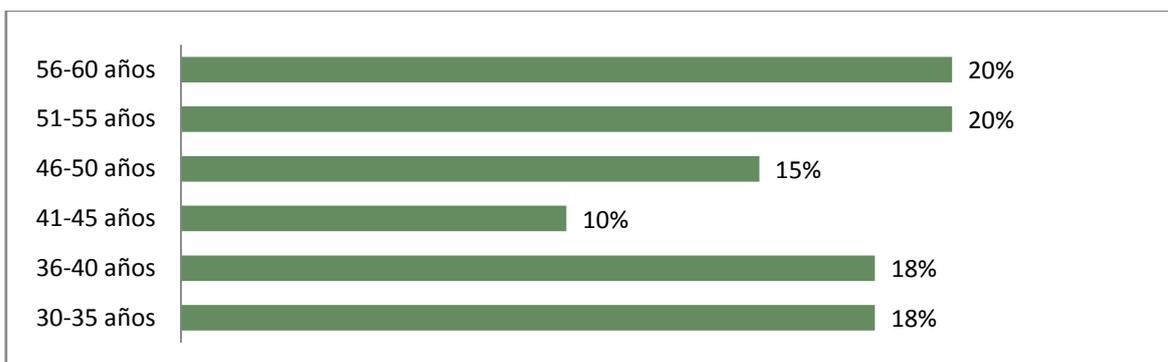
2017.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

En relación a la procedencia puede observarse que las usuarias entrevistadas son en su mayoría del área urbana, la cual corresponde al 90% y al área rural corresponde al 10%.

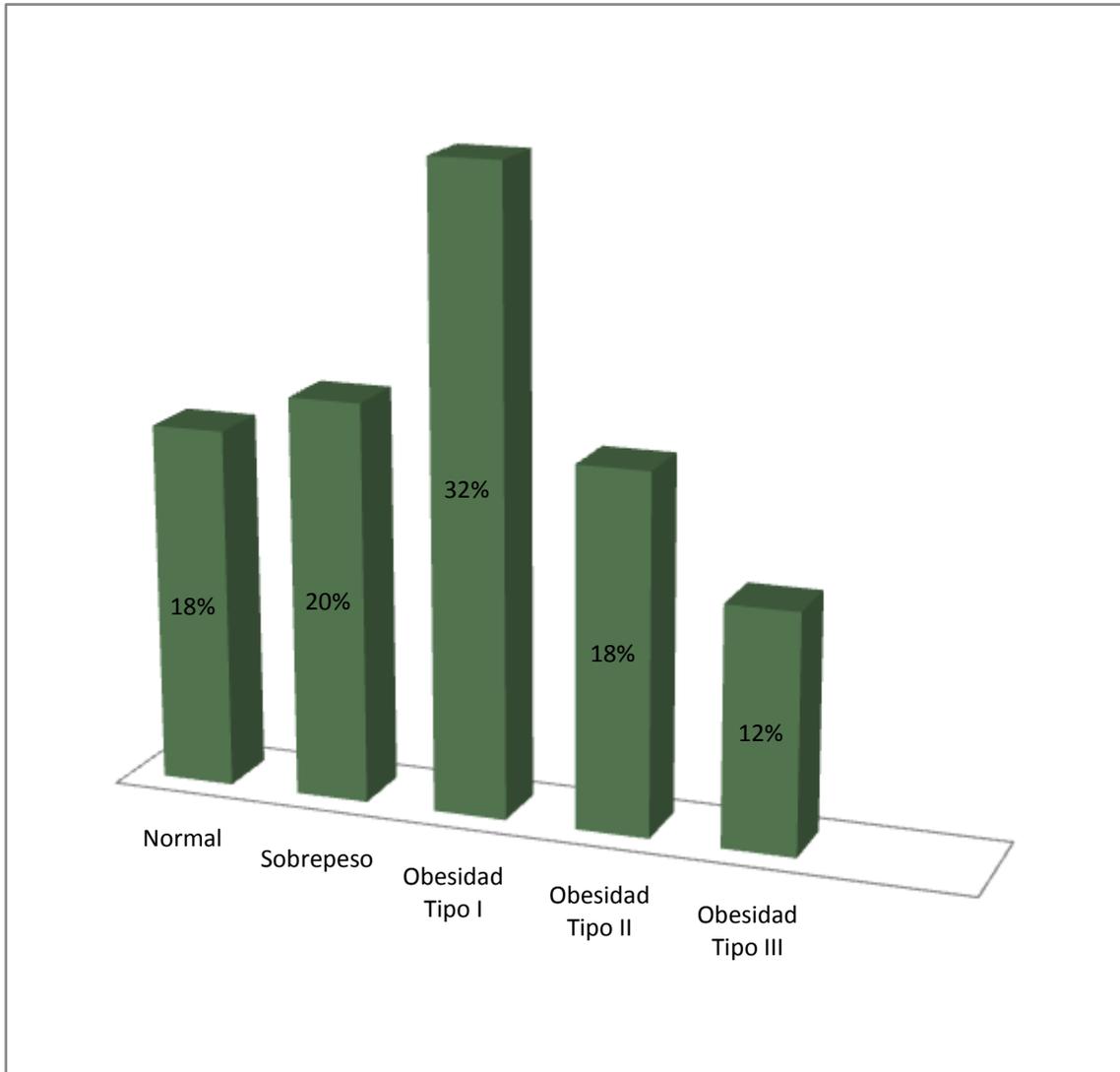
Gráfica No. 2: Edades de las usuarias, que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

La gráfica inicia con las edades de 30 a 35 años con el 18% de usuarias, luego están las edades de 36 a 40, que representan el 18%, le siguen las edades de 41 a 45 años quienes corresponden al 10%, luego las edades de 46 a 50 años con el 15%, cuando se pasa al intervalo de edades de 51-55 y 56-60 se percibe un aumento de ésta población con un 40% en total de los dos rangos.

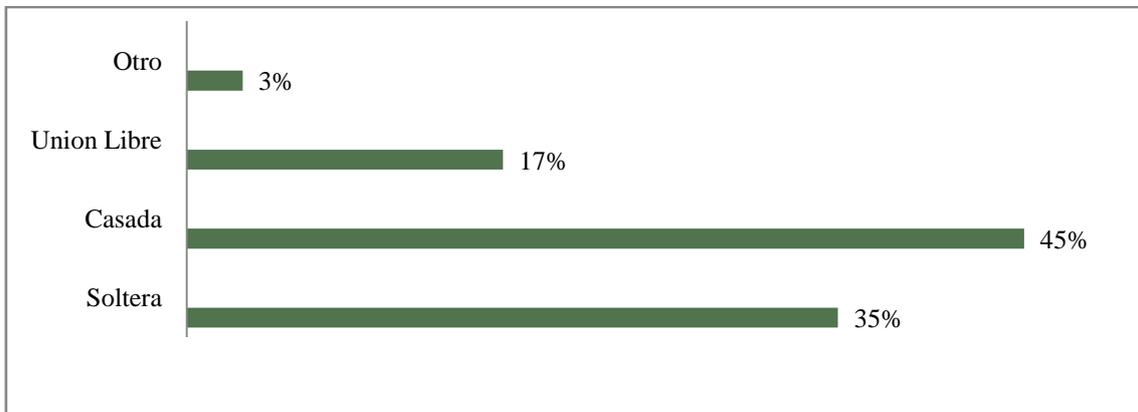
Gráfica No. 3: Estado nutricional de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Para el análisis del estado nutricional, se utilizó el Índice de Masa Corporal, el cual sirve para clasificar el estado ponderal de la persona y se calcula a partir de la fórmula: peso (kg)/ talla (m²). La gráfica refleja que el 18% de las encuestadas presentan un peso normal. Con sobrepeso se ubican 8 de ellas que corresponde al 20%, 13 encuestadas se encuentran con obesidad tipo I que son el 32%, pertenecen a la clasificación de obesidad tipo II representando el 18% y con obesidad mórbida el 12% que fueron 5 de las entrevistadas.

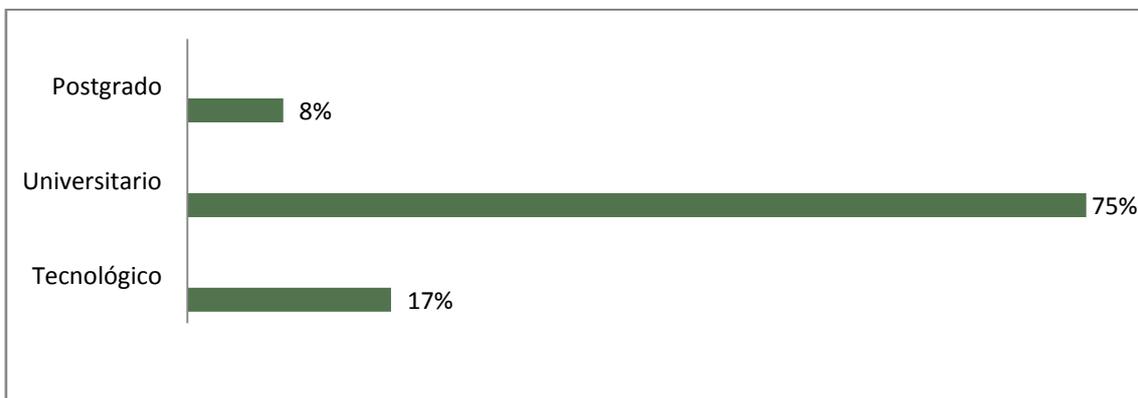
Gráfica No.4: Estado Civil de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Los datos de la grafica indican el estado civil de las entrevistadas encontrándose el 35 % soltera, el 45% de ellas está casada, luego el 17% pertenece a la categoría de unión libre y en otro, aparece el 3 %.

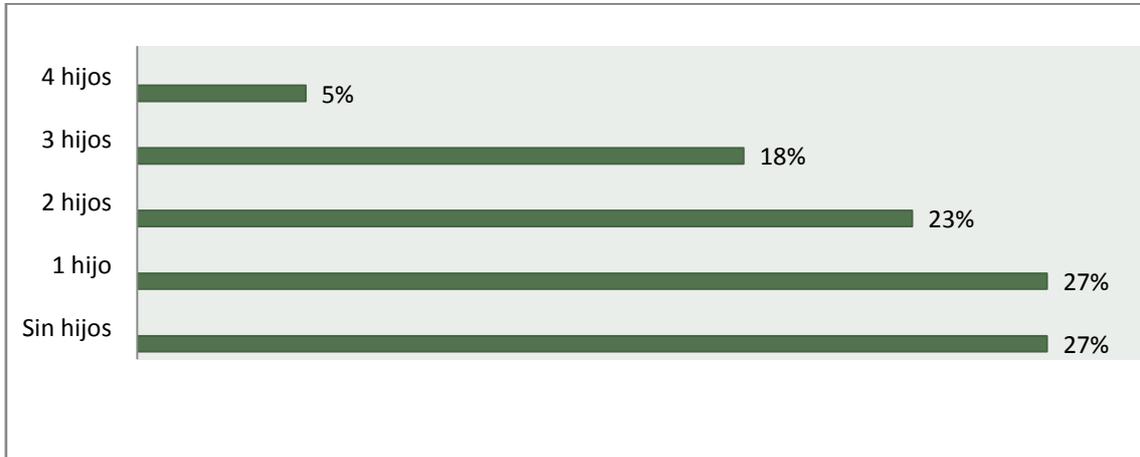
Gráfico No. 5: Nivel educativo de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

En éste gráfico podemos observar un alto porcentaje en términos de escolaridad universitaria que corresponde al 75% del total, luego le siguen las usuarias con grado académico tecnológico con un 17%, y por último se encuentran las personas con estudios de postgrado que representan el 8%.

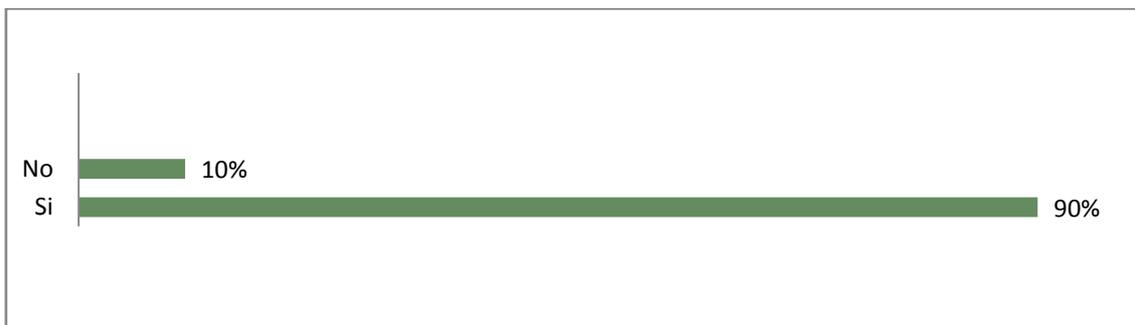
Gráfica No. 6: Número de hijos en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

La gráfica demuestra que el mayor porcentaje lo presentan las usuarias con 1 hijo y sin hijos con el 27% en cada grupo. Con 2 hijos resultaron ser el 23 % de las entrevistadas. El 18 % ha procreado 3 hijos y a medida que ascendemos en número de hijos desciende el porcentaje con sólo el 5 % de las usuarias.

Gráfica No. 7: Lactancia materna en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

La gráfica demuestra que el 90% de las personas entrevistadas alimentó a sus hijos con lactancia materna y el 10% no la practicó.

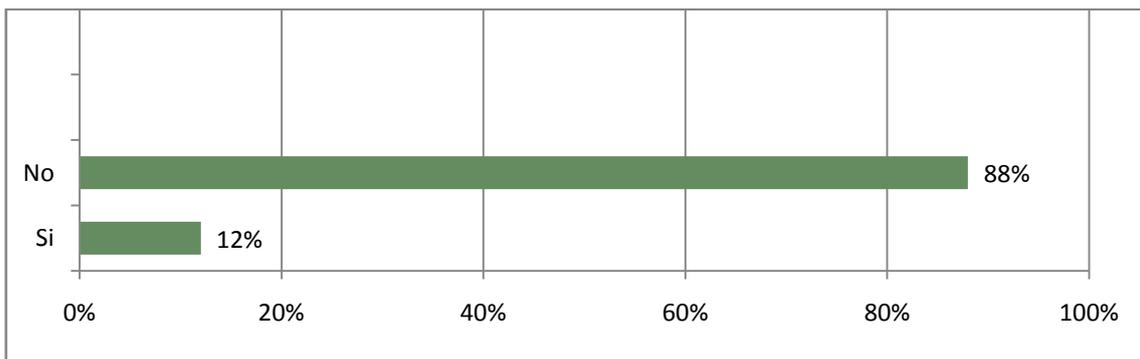
Gráfica No. 8: Duración de lactancia materna en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Los datos de la gráfica indican que el 38 % de las entrevistadas alimentó a sus hijos con lactancia materna por 6 meses, un 34% lo hizo por un año y solamente el 28% la mantuvo por un período de 2 años.

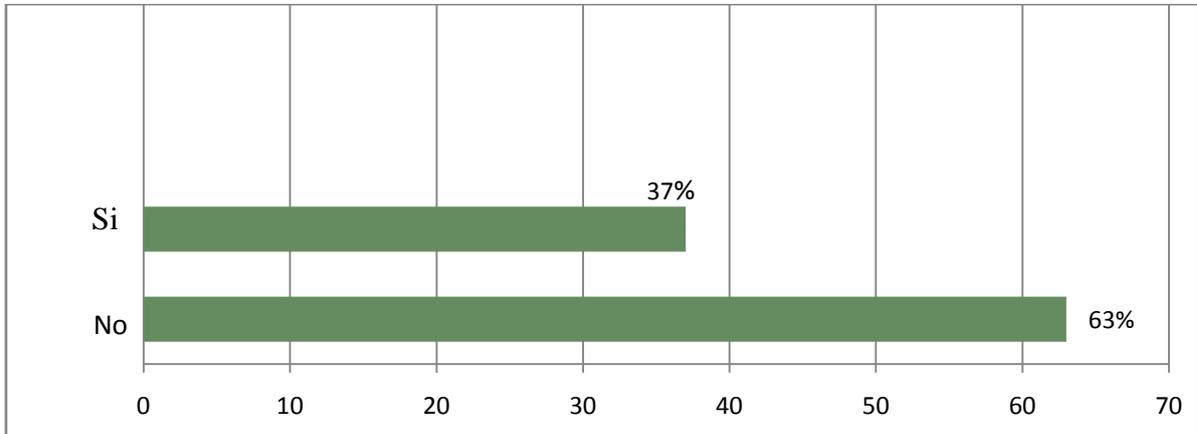
Gráfica No. 9: Cáncer de mama en las familias de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Según la gráfica el 12% de las entrevistadas, manifiesta de que sí existen en la familia casos conocidos de cáncer de mama, mientras que el 88%, niega padecimientos de dicha enfermedad.

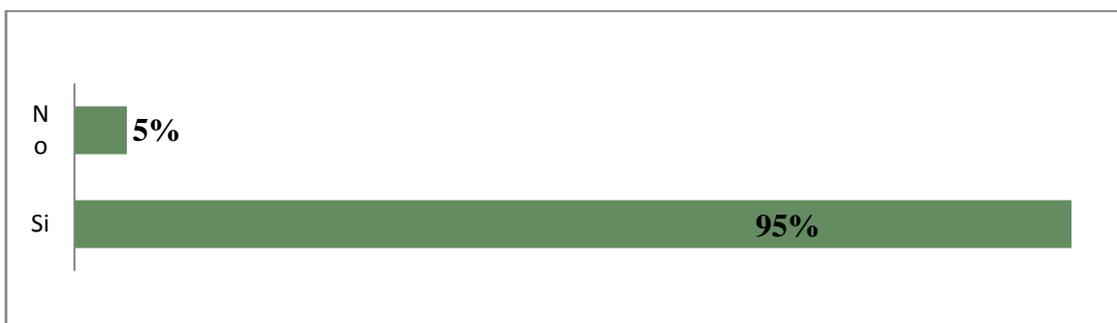
Gráfica No. 10: Usuaris que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017, que practican estilos de vida saludable.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

De las pacientes entrevistadas según la gráfica el 63% acepta que no practica estilos de vida saludable, mientras que un 37% manifiesta que si lo hace.

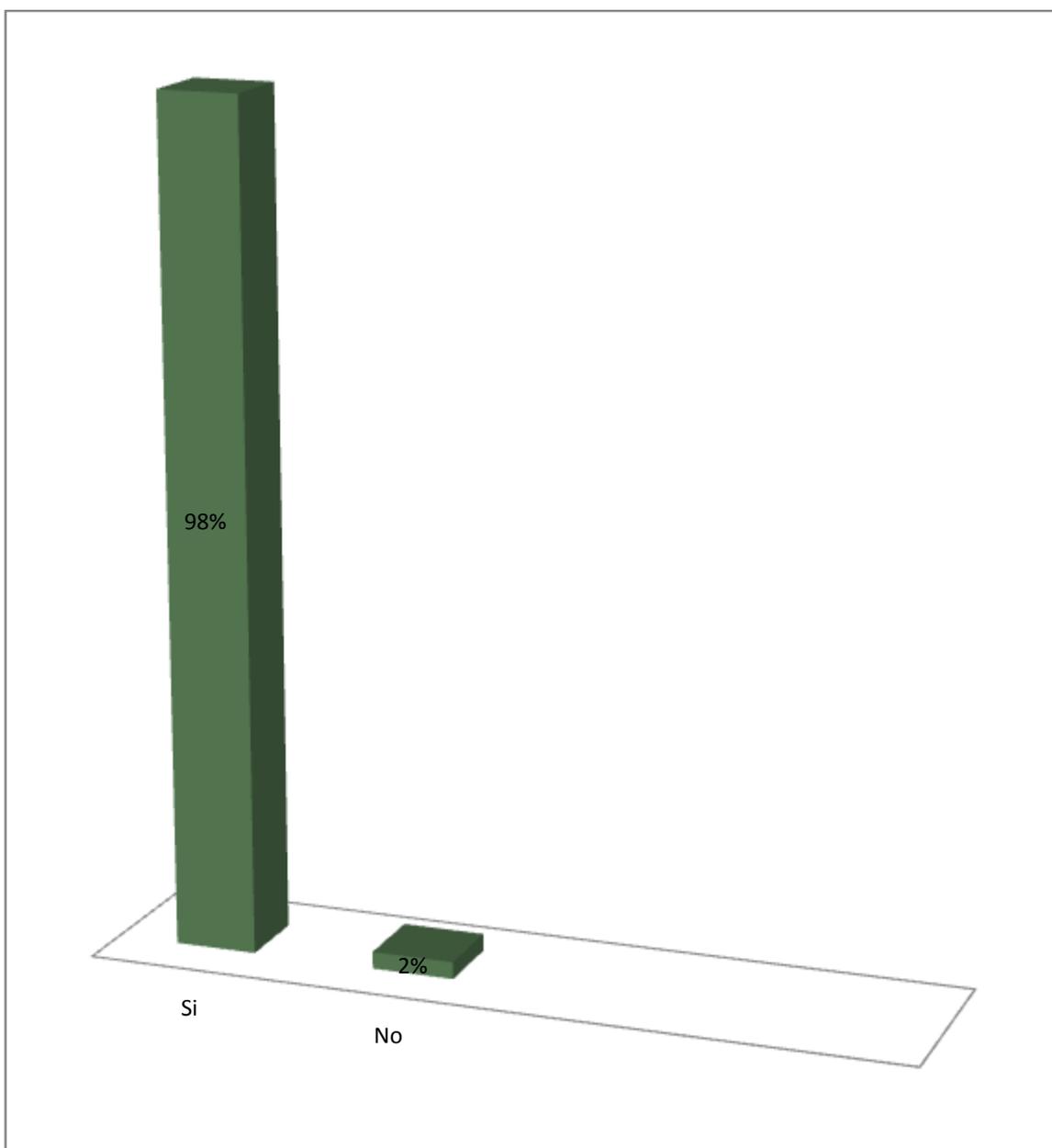
Gráfica No. 11: Opinión de cambios de estilos de vida saludable en usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Según la gráfica, cuando se les pregunta a las entrevistadas si estarían dispuestas a cambiar su estilo de vida para prevenir el cáncer de mama el 95% respondieron que si y el 5% de que no lo harían.

Gráfica No. 12: Creencia sobre el cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo en usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.



Fuente de gráficos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Cuando se realiza la pregunta a las usuarias sobre el cáncer de mama de que si se detecta a tiempo se puede curar, el 98% respondió que sí y el 2% respondió que no.

Matriz No.1

Opinión sobre las causas identificadas que pueden ocasionar cáncer de mama, expresadas por las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de Síntesis	Causas	Repetición de respuestas
Herencia	Factor hereditario por la madre Razones hereditarias Por genética	24
Conductas alimentarias	Alimentos que pueden dañar nuestro cuerpo Comer papas fritas Exceso de bebidas oscuras Exceso de hormonas con pollo y huevos	14
Estrés	Debido al estrés	9
Lactancia materna	La retención de leche Cuando no se da lactancia materna	5
Peso	Por la obesidad Sobre peso Debido a la gordura	5
Factores Biológicos	Quistes, mastitis Por algún tumor maligno Cambios hormonales A través de un virus llamado VPH papiloma Ganglios mamarios que se cristalizan con el tiempo y se vuelven tumor Las malformaciones espontaneas	7
Falta de prevención	Descuido por no hacerse exámenes No hubo adecuado control prenatal y postnatal	4
Otros	Fumar Falta de ejercicios Implantes Contaminación ambiental Golpes Operación de implantes Exposición prolongada a medicamentos Falta de ejercicios Poco conocimiento que se tiene	10

Las causas que identificaron las entrevistadas son múltiples, la mayoría opina que están asociadas a la herencia, “el factor hereditario por la madre”; algunas explicaron también que se debía a conductas alimentarias como “alimentos que pueden dañar nuestro cuerpo”, “exceso de hormonas en pollo y huevos” y otras que las causas son de diversa índole como “fumar, falta de ejercicio, implantes, contaminación ambiental.”

Matriz No.2

Opinion sobre qué sentiría una mujer si se le diagnosticara cáncer de mama según las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de Síntesis	Respuestas	Repetición de respuestas
Reacciones emocionales	Depresión, Ansiedad Desesperación, Angustia, Miedo, devastación , aflicción, desanimo asustada, tristeza, baja autoestima, trauma, esperanza	24
Ideas ante la muerte	Que podría morir El final de su existencia Que se le acerca la muerte Que podría estar en fase terminal	14
Inestabilidad en la vida	Que la vida le cambia Que tiene que cambiar su forma de vida Que todo el mundo le cae encima	5
Visiones de nueva imagen	A de ser difícil pensar que puede perder sus mamas Estamos acostumbradas a tener senos.	5
Otras	Frustración al pensar que dejará a sus hijos Deseos de someterse a tratamiento médico Una noticia que nos toma por sorpresa. Debe buscar opciones médicas pronto	20

La mayoría de las entrevistadas expresó que las reacciones emocionales son las más frecuentes, entre ellas “la depresión, ansiedad”, algunas manifestaron “frustración al pensar que dejará a sus hijos”. Otras señalaron que al tener un diagnóstico pensarían en ideas ante la muerte explicando “que podrían morir, el final de su existencia”.

Matriz No.3

Creencias por las cuales las mujeres no se realizan el autoexamen de mama, expresadas por las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de síntesis	Respuestas	Repetición de respuestas
Barreras percibidas	Falta de tiempo Por estar pendiente de su familia y trabajo Incomodidad, pena, olvido, vergüenza, negligencia, miedo, incomodidad No se preocupan por su salud No nos dedicamos tiempo a nosotras Por falta de un buen hábito preventivo Por descuido, poco interés personal No ponen atención a su salud No cree que sea importante	27
Vulnerabilidad percibida	Se confían en su salud No quieren pensar en el tema Creen que no les dará a ellas Pasa desapercibido Creen que no serán víctimas de cáncer Piensan que a ellas no les sucederá No creen que sea importante No lo ven como una enfermedad mortal	10
Rol del sistema de salud	Hace falta que se les concientice y explique cómo realizarlo Falta de información Desconocen la gravedad de la enfermedad Falta de conocimiento Descuido médico por no dar información Desconocen cómo realizarlo	7

Las entrevistadas refieren que las causas por las cuales cree que no se realizan el autoexamen de mama, la mayoría reconoció las barreras percibidas, entre ellas “falta de tiempo, incomodidad”: Algunas detallan la vulnerabilidad percibida como por ejemplo de que “se confían en su salud, creen que no les dará a ellas” y otras mencionan el rol del sistema de salud, expresando “hace falta que se les concientice y explique cómo realizarlo”.

Matriz No. 4

Creencias por las cuales algunas mujeres no desean realizarse la mamografía, según las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de síntesis	Respuestas	Repetición de respuestas
Barreras percibidas	Todo mundo dice que duele mucho Por temor a un diagnóstico desfavorable Estrés Pena Produce incomodidad Lastiman los aparatos que se utilizan	40
Vulnerabilidad percibida	Porque creen que ellas no lo pueden tener No lo creen necesario Pensamos que a nosotras no nos dará	9
Falta de prevención	Por descuido, dejadez, falta de tiempo, falta de interés, por atenuadas.	7
Rol del Sistema de Salud	Muy burocrático No reciben información sobre su importancia Por ignorancia Porque desconocen el riesgo de no realizarla	7
Otros	Falta de conciencia Por mitos, especulaciones, Falta de recursos económicos	3

Las respuestas obtenidas de las entrevistadas con respecto a las creencias por las cuales no se realizan la mamografía, la mayoría expresó que se deben a barreras percibidas como “todo mundo dice que duele mucho, por temor a un diagnóstico desfavorable”. Algunas refirieron la vulnerabilidad percibida entre ellas “Porque creen que ellas no lo pueden tener, no lo creen necesario” y otras la falta de prevención “Por descuido”, “falta de interés”.

Matriz No.5

Medios que ha escuchado sobre el cáncer de mama, las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de síntesis	Respuestas	Repetición de respuestas
Medios de comunicación	La televisión Radio Periódicos Internet y redes sociales Campañas en diferentes medios Prensa Noticieros	52
Publicidad	Literatura Folletos Volantes Revistas Afiches Publicidad de MINSAL y FOSALUD	17
Sistema de Salud	Médicos Charlas en Unidad de Salud y Policlínicos de ISBM Centros de Salud	11
Otros	Amigas Películas En el gimnasio Personas que han padecido la enfermedad Organizaciones no gubernamentales Ninguno	7

La mayoría de las entrevistadas señalaron que los medios por lo que ha escuchado sobre cáncer de mama son los medios de comunicación como “radio, televisión”. Algunas se han enterado por la publicidad en “folletos, volantes, revistas” y otras por medio del sistema de salud a través de “médicos, charlas en unidad de salud”.

Matriz No. 6

Significado de cáncer de mama para las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de síntesis	Respuestas	Repetición de respuestas
Ideas ante la muerte	Una enfermedad grave que puede llevar a la muerte Significa muerte y que la mutilen Un camino a la muerte si no se trata a tiempo Una enfermedad destructora capaz de llevarse la vida de cualquier mujer que lo sufre	17
Percepción de la enfermedad	Células malignas que deterioran el tejido Una enfermedad cruel Un tumor maligno Gravedad en la salud Es doloroso en etapas avanzadas	15
Inestabilidad en la vida	Un cambio de vida muy radical, que no sé si soportaría	8
Reacciones emocionales	Trastorno emocional Provoca inestabilidad emocional a quien la padece y a sus familiares	8
Otros	Una enfermedad que puede prevenirse Descuido de uno de mujer Algo difícil, pero que se puede solucionar a tiempo No sabe que reacción tendría	5

Para la mayoría de las entrevistadas el significado de cáncer de mama fue ideas ante la muerte “una enfermedad destructora capaz de llevarse la vida de cualquier mujer que la sufre”, “significa muerte y que lo mutilen”. Para algunas la enfermedad significa “células malignas que deterioran el tejido”, “como una enfermedad cruel” y para otras inestabilidad en la vida como “un cambio de vida que no se si soportaría”.

Matriz No.7

Significado para la pareja si se le diagnosticara cáncer de mama según las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de síntesis	Respuestas	Repetición de respuestas
Apoyo	Apoyo emocional Acompañamiento en el proceso Solidaridad Apoyo mutuo Búsqueda de amor y cuidados Apoyo moral y logístico Una enfermedad que hay que afrontar	18
Reacciones emocionales	Motivo de preocupación Mucho temor Tristeza Estrés Depresión Una noticia aterradora Una enfermedad que provocaría mucha aflicción	15
Otros	Una enfermedad trágica Que ya no sería una persona normal Una remota oportunidad de vivir Que ya no seré la misma y que voy a morir La mayoría de hombres no entiende esa situación No me interesa su opinión No tiene pareja No sabe	11

Para la mayoría de las usuarias el significado para su pareja si se diagnosticara cáncer de mama sería de apoyo, según lo manifestaron: “acompañamiento en el proceso”, “una enfermedad que hay que afrontar”. Algunas identificaron las reacciones emocionales como “motivo de preocupación”, “una noticia aterradora”. Otras expresaron que el significado para su compañero podría ser “que ya no sería una persona normal”, “una remota posibilidad de vivir”.

Matriz No. 8

Significado para la familia si se diagnostica cáncer de mama, según opinión de usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de síntesis		Repetición de respuestas
Apoyo	Apoyo emocional Solidaridad Darme fortaleza Unión para afrontar el problema Acompañamiento	27
Reacciones emocionales	Preocupación Tristeza Angustia Frustración Ansiedad Dolor Miedo Impotencia Depresión Temor Incertidumbre Aflicción Desmotivación Fe y esperanza	15
Otros	Que me puede llevar a la muerte Sería algo fatal Algo difícil y riesgoso Inestabilidad familiar No sabe	12

El Significado para la familia si se le diagnosticara cáncer de mama, según la opinión de las entrevistadas, para la mayoría sería de apoyo como refieren: “unión para afrontar el problema”, “solidaridad”. Para algunas podrían presentarse reacciones emocionales “miedo, preocupación”. Otras manifestaron que es “algo difícil y riesgoso”, “sería algo fatal”.

Matriz No. 9

Respuestas sobre que haría antes de presentar cáncer de mama, las usuarias entrevistadas que consultaron el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Criterio de síntesis	Respuestas	Repetición de respuestas
Acciones de prevención para la detección precóz	Realizar la mamografía anual y autoexamen	35
Cambios en estilo de vida	Comer saludable Dejar de fumar Hacer ejercicios Tratar de llevar una vida saludable Mejorar mi calidad de vida Un cambio de estilo de vida	19
Otros	Prevención Buscar información y ayuda Visitar al médico Terapia reflexiva Terapia biomagnética	18

Cuando se interrogó sobre que haría antes de presentar cáncer de mama la mayoría de entrevistadas identifican las acciones de prevención para la detección precoz como “realizar mamografía anual y autoexamen de mamas”. Algunas manifestaron cambios en sus estilos de vida entre ellos “hacer ejercicios”, “comer saludable” y otras expresaron, “buscar información y ayuda”, “visitar al médico”.

VI- Discusión de Resultados

Como puede observarse, la procedencia de las personas entrevistadas son en su mayoría del área urbana, 37 de ellas manifestaron pertenecer a dicha zona, la cual corresponde al 90% y 3 contestaron que eran del área rural que corresponde al 10%. Para las usuarias que habitan en la zona rural, la distancia podría significar una barrera en el tamizaje de cáncer de mama, donde el acceso a la mamografía puede ser un factor importante en el diagnóstico de cáncer de mama en estadios avanzados. En el caso de ésta población, dicha barrera no representa un obstáculo, para el acceso en los servicios de salud, ya que en su mayoría residen en la zona urbana.

La gráfica numero 2 inicia con las edades de 30 a 35 años con el 18% de las entrevistadas, luego están las edades de 36 a 40, representan el 18 %, le siguen las edades de 41 a 45 años quienes corresponden al 10% , posteriormente se encuentran las edades de 46 a 50 años que resultaron en número de 6 que representó el 15%, cuando se pasa al intervalo de edades de 51-55 y 56-60 se percibe un aumento de ésta población con un total 16 encuestadas, que corresponde al 40%. Se pudo notar que el total de mujeres entrevistadas arriba de 45 años corresponden al 55% que es donde se encuentra la mayor frecuencia de padecer cáncer de mama, cabe mencionar que en las mujeres de menor edad la incidencia es menor, pero éste tiende a ser más agresivo según el autor John Link, lo que significa que no deben descuidarse ninguno de los grupos de edad antes mencionados.

Al analizar el estado nutricional de las entrevistadas se observó que el 8% presentan un peso normal. Con sobrepeso el 20%, el 32% se encuentran con obesidad tipo I, pertenecen a la clasificación de obesidad tipo II el 18%, obesidad tipo III con el 12% y con obesidad mórbida el 12%. De los valores mencionados anteriormente se observa que solamente el 18% de la población estudiada, tiene un peso saludable. El estudio en el año 2010 de Stoll B. A. sobre grasa corporal y mala alimentación en mujeres con cáncer de mama, demostró una amplia prevalencia de sobrepeso y obesidad y una cantidad excesiva de grasa corporal y abdominal tras el diagnóstico de cáncer de mama. La grasa corporal que se acumula en el área del abdomen y que se conoce como "obesidad abdominal" constituye un riesgo de salud mayor que la grasa corporal que se acumula en el área de los glúteos y de los muslos. Amaral P. y Cols, cree que los cambios endocrinos que tienen lugar en la obesidad podrían ser los causantes del incremento de la prevalencia de

neoplasias mamarias en las mujeres obesas. Con respecto a la acción de las hormonas, se ha descrito una importante asociación entre valores elevados de estrógenos circulantes (característica de personas obesas) con ciertas neoplasias, como el cáncer de mama. Se puede analizar entonces que el 82% de esta población tiene un porcentaje de grasa no saludable, lo que significa mayor riesgo de contraer cáncer de mama, debido que éste aumenta con el incremento del peso corporal y según la Organización Mundial de la Salud, considera al Índice de Masa Corporal (IMC) como indicativo de obesidad y recomienda mantenerlo por debajo de 25 para conservar la salud y prevenir enfermedades.

Se pudo observar un alto porcentaje en términos de escolaridad universitaria, que corresponde al 75% del total, luego le siguen las usuarias con grado académico tecnológico con un 17%, y por último se encuentran las personas con sus estudios de postgrado que representan el 8%. La salud y la educación están íntimamente unidas, las mujeres con mayor nivel educativo tienen menos hijos, los tienen mas tarde, además son mejores madres, asimismo las mujeres que tienen una mayor escolaridad, tienen muchas mas probabilidades de tener mejores conocimientos sobre la salud. La educación aumenta el estatus de la mujer, favorece su salud sexual y reproductiva. Las mujeres que contribuyen a los ingresos familiares, suelen invertir en el bienestar de las familias. La educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer.

La paridad en este grupo de estudio demuestra que el mayor porcentaje lo presentan las mujeres con 1 hijo y sin hijos con un 27% en cada grupo. Con 2 hijos resultaron ser el 23 % de las usuarias. El 18 % ha procreado 3 hijos y a medida que ascendemos en número de 4 hijos descende el porcentaje con sólo el 5 % de las personas entrevistadas. Se ha observado que las personas que tienen su primer embarazo de término antes de los 20 años, y cuentan además con una paridad alta, poseen la mitad del riesgo que las mujeres nulíparas. Un segundo embarazo de término a una temprana edad también reduce el riesgo de cáncer de mama según sostienen Dumitrescu R.G. y Cols. Sostienen que la edad temprana de la madre en el primer embarazo y la paridad, se han descrito como factores protectores.

El 90% de las personas encuestadas alimentó a sus hijos con lactancia materna y el 10% no lo realizó. El 35 % mantuvo a sus hijos por 6 meses de esa manera, un 31% lo hizo por un año y el 25% lo practicó por 2 años. La duración de lactancia materna en la mayoría de ésta población no fue la recomendada por la OMS y de la mayoría de asociaciones y organismos relacionados con la salud, que es la de continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más; o hasta que la madre y el hijo lo deseen. Aquí vemos que sólo el 25% la mantuvo por 2 años. Se ha sugerido que el mayor número de meses de lactancia se vincula con una disminución del riesgo de cáncer de mama. El retraso en el restablecimiento de la ovulación y, por ende una disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, se ha propuesto como un posible mecanismo de protección contra el cáncer de mama a través de la lactancia al seno materno según afirma Honda A. y Cols. Un estudio conducido en mujeres de Nigeria señaló que el riesgo de cáncer de mama se redujo en 7% por cada 12 meses de lactancia, según argumentan Huo D. y Cols.

En cuanto al antecedente familiar el 12% de las encuestadas, manifiesta de que sí existen en la familia casos conocidos de cáncer de mama, mientras que el 88%, niega padecimientos de dicha enfermedad. Se estima que el 5 al 10 % de los cánceres de mama son atribuidos a síndromes hereditarios con transmisión autosómica dominante. El riesgo de cáncer de mama aumenta en presencia de antecedentes familiares, en hermanas, madre y tías maternas, en especial si ha sido en la premenopausia y bilateral. Cuanto más joven haya sido el familiar cuando contrajo el cáncer mayor es el riesgo. La biología molecular, ha detectado entre otras explicaciones, la inestabilidad genética y diversas mutaciones en genes supresores tumorales. Dentro de este grupo de genes están los denominados BRCA 1 y BRCA2 los cuales están asociados a una mayor presentación de cáncer de mama (Burke W. y Cols.1997). Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario.

De las pacientes encuestadas según la gráfica número 10, el 63% acepta que no practica estilos de vida saludable, mientras que un 37% manifiesta que si lo hace. El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, y tal y como se ha comentado en el informe de Lalonde, teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. En el enfoque social se considera que las variables sociales son los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, desde el paradigma

biomédico se culpabilizaba en exceso a los ciudadanos de su pérdida de la salud, ya que se coloca en el sujeto la responsabilidad de su enfermedad y no se reconoce la importancia del contexto social ni de otros factores como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Todo ello, constituye una variante de la “culpabilización de la víctima”, que no sólo coloca la responsabilidad de la enfermedad exclusivamente en el enfermo, sino que correlativamente exime de responsabilidades que le son propias a los gobiernos y reduce la responsabilidad de las empresas productoras de enfermedades.

Se detalla la opinión sobre las causas de cáncer de mama que identificaron las entrevistadas, la mayoría refirió que estaban asociadas a la herencia, quienes expresaron “el factor hereditario por la madre”; algunas entrevistadas explicaron también que se debía a conductas alimentarias como “alimentos que pueden dañar nuestro cuerpo”, “exceso de hormonas en pollo y huevos” y otras que las causas son de diversa índole como “fumar, falta de ejercicio, implantes, contaminación ambiental”. Como puede observarse, dado su nivel educativo, el grupo en estudio posee cierta orientación en algunos de los determinantes de cáncer de mama, al referirse a factores hereditarios que corresponde a la biología humana, la cual influye, sobre la morbimortalidad según el informe de Lalonde en un 27%. Mencionan también algunos condicionantes de los estilos de vida como conductas alimentarias, falta de ejercicios y el hábito de fumar, sobre los cuales las personas tienen un relativo control, según algunos autores de la corriente anglosajona sobre los determinantes de la salud. Pero a diferencia de la corriente crítica Latinoamericana, ellos opinan que los estilos de vidas son impuestos por el modelo económico, político y social dominante, en el que se encuentran las sociedades del planeta, el cual es un sistema de explotación social y de la naturaleza, que vive bajo una religión de consumo, que reproduce sociedades no sustentables, inequitativas y mal sanas, que se convierte en un sistema social inviable e incompatibles con la vida y la salud. Este pensamiento crítico tiene un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones de poder de mercado, que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados, de clase-etnia y género, y sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, sus políticas de Estado y sus relaciones culturales. Por otra parte dentro de las repuestas también se encontró la contaminación del medio ambiente, como determinante de cáncer de mama, el cual influye en un 19% sobre la morbimortalidad.

Se describe la opinión sobre qué sentiría una mujer si se le diagnosticara cáncer de mama, la mayoría de las entrevistadas expresó que las reacciones emocionales son las más frecuentes, entre ellas “la depresión, ansiedad”, algunas manifestaron “frustración al pensar que dejará a sus hijos”. Otras señalaron que al tener un diagnóstico pensarían en ideas ante la muerte explicando “que podrían morir y el final de su existencia”. La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada, los más comunes dentro de la población de pacientes con cáncer son la ansiedad y la depresión. Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas económicos; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia.

Se especifican las creencias por las cuales las mujeres no se realizan el autoexamen de mama, la mayoría de las entrevistadas reconoció las barreras percibidas, entre ellas “falta de tiempo, incomodidad”: Algunas detallan la vulnerabilidad percibida como por ejemplo de que “se confían en su salud, creen que no les dará a ellas” y otras mencionan el rol del sistema de salud, expresando “hace falta que se les concientice y explique cómo realizarlo”. El modelo de creencias en salud postula que la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud está determinada por cuatro variables psicológicas: a) vulnerabilidad percibida, b) gravedad percibida, c) beneficios percibidos y d) los inconvenientes percibidos. En este caso las entrevistadas creen que los inconvenientes o los aspectos negativos (físicos, psicológicos y sociales), para realizar las acciones preventivas se ven representadas en las barreras percibidas.

Se analizan las creencias por las cuales algunas mujeres no se realizan la mamografía, la mayoría expresó que se deben a barreras percibidas como “todo mundo dice que duele mucho, por temor a un diagnóstico desfavorable”. Algunas refirieron la vulnerabilidad percibida entre ellas “Porque creen que ellas no lo pueden tener, no lo creen necesario” y otras la falta de prevención “Por descuido”, “falta de interés”. Tanto en el caso de la autoexploración mamaria como en la mamografía las creencias sobre las causas por las cuales las mujeres no se realizan dichos exámenes, es similar, identificando las barreras percibidas y la vulnerabilidad percibida.

Se describe sobre los medios que ha escuchado sobre el cáncer de mama, la mayoría de las entrevistadas señaló “la radio, televisión”. Algunas se han enterado por la publicidad en “folletos, volantes, revistas” y otras por medio del sistema de salud a través de “médicos, charlas en unidad de salud”. La comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la disseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva. En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios masivos de comunicación, la educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud (OMS 2010).

Se menciona el significado de cáncer de mama que tienen las entrevistadas, para la mayoría fueron ideas ante la muerte “una enfermedad destructora capaz de llevarse la vida de cualquier mujer que la sufre”, “significa muerte y que lo mutilen”. Para algunas significa “células malignas que deterioran el tejido”, “una enfermedad cruel” y para otras inestabilidad en la vida como “un cambio de vida que no sabe si soportaría”. Se hace necesario conocer el mundo de los significados, en el proceso salud-enfermedad de las poblaciones con las que se va a trabajar, con el fin de conocer sus potencialidades y necesidades desde su punto de vista y así proponer estrategias culturalmente adaptadas. Los estudios cualitativos acerca del significado cultural del cáncer de mama han identificado explicaciones diversas acerca del origen de la enfermedad, como la represión de sentimientos, el estrés, la falta de cuidado de la salud y los malos hábitos alimenticios (Carvalo-Fernandez A.F Cols. 2005). La literatura reporta que las intervenciones psicológicas, ya sean individuales o grupales, aumentan la supervivencia de las pacientes con cáncer y mejoran su calidad de vida.

Se comenta el significado para la pareja si se le diagnosticara cáncer de mama según las entrevistadas, la mayoría expresó “acompañamiento en el proceso”, “una enfermedad que

hay que afrontar”. Algunas identificaron las reacciones emocionales como “motivo de preocupación”, “una noticia aterradora”. Otras expresaron que el significado para su compañero podría ser “que ya no sería una persona normal”, “una remota posibilidad de vivir”. En las mujeres con cáncer de mama, el compañero sentimental juega un papel importante en ellas, porque sienten la necesidad de apoyarse en el cónyuge y esperan a su vez apoyo incondicional por parte de ellos, para que la estructura familiar siga funcionando de forma armoniosa y positiva en cada uno de los integrantes de la familia. En efecto, esperan el calor afectivo, la satisfacción sexual, la sensación de seguridad y la comprensión por parte del esposo que son herramientas necesarias para el desarrollo normal dentro del proceso de superación de la enfermedad.

Se investigó en las usuarias el significado para la familia si se diagnostica cáncer de mama, para la mayoría de las entrevistadas sería de apoyo así refirieron: “unión para afrontar el problema”, “solidaridad”. Para algunas podría significar reacciones emocionales “miedo, preocupación”. Otras manifestaron que es “algo difícil y riesgoso”, “sería algo fatal”. El núcleo familiar de una mujer con cáncer de mama, se afecta por esta dolencia, en donde se modifican cambios de roles en cada uno de los integrantes durante el proceso oncológico que afronta el familiar y es aquí donde el apoyo de ellos es fundamental en la rehabilitación de estas mujeres, porque les proporciona seguridad, para seguir luchando con la enfermedad. El apoyo familiar es fundamental en la adaptación psicosocial de la paciente con diagnóstico de cáncer de mama y según su funcionalidad, interactúa en su tratamiento oncológico de manera positiva o negativa durante el proceso. Lo antes mencionado, se relaciona con el estudio realizado por Aubá E. (2006), demuestra que en las familias con un nivel de cohesión muy bajo, tras el diagnóstico, se constata un empeoramiento de la relación conyugal.

Se analizan las respuestas sobre que haría antes de presentar cáncer de mama, las usuarias entrevistadas responden: acciones de prevención para la detección precoz como “realizar mamografía anual y autoexamen de mamas”. Algunas manifestaron cambios en sus estilos de vida dentro de ellos “hacer ejercicios”, “comer saludable” y otras expresaron, “buscar información y ayuda”, “visitar al médico”. El objetivo de los exámenes para detectar el cáncer de mama consiste en encontrarlo antes de que empiece a causar síntomas (como una protuberancia que se pueda palpar). Las pruebas y exámenes de detección tienen el propósito de encontrar una enfermedad en las personas que no tienen ningún síntoma. Los

cánceres de seno que se encuentran durante los exámenes de detección suelen ser más pequeños y estar aún confinados al seno. El tamaño y la extensión del cáncer de mama son algunos de los factores más importantes para establecer el pronóstico (expectativa) de una mujer que padezca esta enfermedad.

VII- CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados, mediante la entrevista aplicada a 40 maestras que asistieron en la Consulta Externa en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, en la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones

1-Con respecto al estado nutricional de esta población solamente el 18% de las entrevistadas se encuentra con peso normal, el 82 % restante se encuentra con sobrepeso y obesidad. Lo cual representa pesos no saludables con un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama.

2- Las edades comprendidas entre 50 a 60 años, son la mayoría de las usuarias entrevistadas, lo cual las convierte en una población vulnerable para presentar cáncer de mama, por aumentar la incidencia con la edad.

3- La paridad en esta población es baja el porcentaje de las entrevistadas con 1 hijo y sin hijos fue del 54% en total de los dos grupos.

4- La duración de lactancia materna en esta población fue insuficiente sólo el 25% la mantuvo por 2 años.

5-Las causas de cáncer de mama identificadas por las usuarias entrevistadas, fueron la herencia, algunos condicionantes de los estilos de vida como conductas alimentarias, falta de ejercicios y factores ambientales.

6-Las reacciones emocionales como la depresión y la ansiedad, serían las que en su mayoría presentaría las mujeres, si fuera diagnosticada con cáncer de mama.

7- Las creencias de porque las mujeres no se realizan el autoexamen de mamas y la mamografía, la mayoría expresó que es por las barreras percibidas, lo cual limita la detección temprana de ésta enfermedad.

8-Las usuarias se encuentran informadas por los diferentes medios de comunicación sobre el cáncer de mama, sin embargo los casos de incidencia siguen en aumento.

9- Para la mayoría de las entrevistadas el significado para su pareja si se diagnosticara cáncer de mama sería de apoyo y acompañamiento en el proceso.

10- El significado para su familia si presentara cáncer de mama, la mayoría de las entrevistadas refirieron unión para afrontar el problema y solidaridad.

11- Las acciones preventivas para la detección temprana como el autoexamen de mamas y la mamografía serían las medidas que tomarían las usuarias entrevistadas, antes de presentar cáncer de mama.

12- El cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar de las familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto.

VIII- RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- 1- La creación de una política, estrategia o plan de acción para reducir el sobrepeso y la obesidad.
- 2- La creación de una política, estrategia o plan de acción para reducir la inactividad física o fomentar la actividad física.
- 3- Realizar otras investigaciones sobre cáncer de mama con énfasis en el componente cultural de las comunidades.
- 4- Profundizar la investigación del cáncer de mama desde el enfoque de los determinantes sociales.

Al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

- 1- Priorizar en la investigación de evidencia sobre los determinantes de cáncer de mama en las mujeres de la comunidad docente. Dicha investigación se debe centrar en la comprensión de las razones del incremento en la mortalidad.
- 2- Apoyar la detección temprana mediante el fortalecimiento en la educación de médicos y enfermeras, sobre la salud y la exploración clínica de la mama. Tanto la educación de las mujeres como la de los prestadores de servicios deben tomar en cuenta la cultura local y la estructura de la población, incluidas las variaciones basadas en el índice de masa corporal, factores étnicos, edad, antecedentes familiares de cáncer y antecedentes reproductivos.
- 3- En el área de la mamografía, aprovechar la tecnología de la comunicación que ofrece una excelente oportunidad para mejorar el acceso y calidad mediante la transferencia de información en línea desde el sitio donde se realiza el examen de la mama hasta un sitio en donde radiólogos expertos pueden interpretar las imágenes.
- 4- Se deben ofrecer campañas educativas y de concientización, así como intervenciones de detección temprana a través de programas de radio, televisivos y por escrito dirigidos a la mujer y sus familias.
- 5- Recabar más y mejores datos y mantener registros clínicos detallados sobre los casos de cáncer de mama en el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

A las usuarias del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

- 1- Realizarse la autoexploración mamaria mensualmente a partir de los 20 años de edad y consultar inmediatamente si se palpa o se observa cualquier anormalidad.
- 2- Realizarse la mamografía cada 2 años a partir de los 40 años de edad y una vez al año partir de los 50.

IX- BIBLIOGRAFIA

- 1- Aguilar Cordero, M.^a J., González Jiménez, E., García López, A. P., Álvarez Ferré, J., Padilla López, C. A., Guisado Barrilao, R., & Rizo Baeza, M.. (2011). Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 899-903. Recuperado en 20 de marzo de 2017.
- 2- Amaral P, Miguel R, Mehdad A, Cruz C, Monteiro Grillo I, Camilo M, Ravasco P. Body fat and poor diet in breast cancer women. *Nutr Hosp* 2010; 25: 456-61.
- 3- Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973–1997. *Inter J Epidemiol* 2005;34:405–412.
- 4- Badger T, Ronis MJ, Simmen RC, Simmen FA. Soy Protein isolate and protection against cancer. *J Am Coll Nutr*. 2005; 24(2):146S–149S.
- 5- Beral V. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362 (9382): 419-27.
- 6- Breihl J. Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial, 2003.
- 7- Burke W, Daly M, Garber J, Botkin J, Kahn MJ, Lynch P, et al. Recommendations for follow-up are of individuals with an inherited predisposition to cancer. II. BRCA 1 and BRCA 2. *JAMA* 1997; 277(12): 997-1003.
- 8- Carvalho-Fernández AF, MesquitaMelo E, Almeida-Araújo IM, et al. Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en Enfermería*. 2005;23:28-35.
- 9- Castro JA. 2015, *Acta Bioquin Clin Latinoam* 2015; 49 (1):17-8.
- 10- Commission on Social Determinants of health, Action on the Social determinants of health: learning from previous. Geneva: OMS 2005.
- 11- Cunningham AJ. Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integr Cancer Ther*. 2005;4:178-86.
- 12- Di Pietro PF, Medeiros NI, Vieira FG, Fausto MA, Bello-Klein A. Breast cancer in southern Brazil: association with past dietary intake. *Nutr Hosp* 2007;22:565-
- 13- Dumitrescu RG, Cotarla I. Understanding breast cancer risk-where do we stand in 2005. *J Cell Mol Med* 2005;9:208-221.
- 14- Erben, R., Franzkowiak, P., & Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Soc Sci Med*,35(4), 359-365.

- 15-Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. México: Fondo de Cultura Económica; 1990. p. 29-31.
- 16- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), FAOSTAT on-line statistical service. Food Security Statistics, 2008.
- 17- Fresneda Moreno, Francisco Javier, Gómez Santana, José Carlos, & Bascopé Quintanilla, Hugo. (2013). Riesgo de cáncer de mama en trabajadoras de turno nocturno. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(230), 146-158.
- 18- Globocan 2005: Data Sources and Methods [database on the Internet]. International Agency for Research on Cancer.
- 19- Gómez López L, Rabanaque Hernández MJ. Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2000.
- 20- Hietala M, Olsson H, Jernström H. Prolactin levels, breast-feeding and milk production in a cohort of young healthy women from high-risk breast cancer families: implications for breast cancer risk. *Fam Can* 2008; 7:221-228.
- 21- Honda A, Kurabayashi T, Yahata T, Tomita M, Takakuwa K, Tanaka K. Lumbar bone mineral density changes during pregnancy and lactation. *Int J Gynecol Obstet* 1998;63:253-258
- 22- Hunter DJ, Willett WC. Diet, body size, and breast cancer. *Epidemiol Rev.* 2010;15(1):110-32.
- 23- Huo D, Adebamowo CA , Ogundiran TO, Akang EE, Campbell O, Adenipekun A, Cummings S, Fackenthal J, Ademuyiwa F, Ahsan H, Olopade OI. Parity and breastfeeding are protective against breast cancer in Nigerian women. *Brit J Can* 2008;98:992-996.
- 24- IARC. Globocan 2012.Hojas informativas del cáncer: cáncer de seno.
- 25- Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Rev Panam Salud Pública.* 2004;15(4):278-84.
- 26- Jacoby, Enrique, Bull, Fiona, & Neiman, Andrea. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(4), 223-225.
- 27- Jensen E. Learning with the body in mind. San Diego: Brain Store; 2000.

- 28- Jiménez L, Trabajo aturnosnocturno. <http://www.prevencionar.com/2011/05/10>. Consultado el 23/01/2013.
- 29- Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol.* 2001;2(3):133-40.
- 30- Key TJ, Appleby PN, Reeves GK, Roddam A, Dorgan JF, Longcope C, et al. Body mass index, serum sex hormones, and breast cancer risk in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95 (16): 1218-226.
- 31- Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Soc Sci Med*, 22(2), 117-124.
- 32- Knaul, Felicia Marie, López Carrillo, Lizbeth, Lazcano Ponce, Eduardo, Gómez Dantés, Héctor, Romieu, Isabelle, & Torres, Gabriela. (2009). Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 51(Supl. 2), s138-s140. Recuperado en 13 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800002&lng=es&tlng=es.
- 33- Kornblit AL, Mendes Diz AM. La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Buenos Aires: Editorial Aique; 2000.
- 34- Lalonde M, A new perspective on the health of the Canadians Ottawa: Minister of Suppl and services of Canadá, 1974.
- 35- López L, Cataño N, López H, Velásquez V. Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichán.* 2011;11(3):287-304.
- 36- Llovet JJ. Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso. Buenos Aires: CEDES; 1984.
- 37- Martínez J. Castellanos PL, Mermet P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. *Salud Pública: Madrid Mc Graw Hill*, 1998.
- 38- Maté, J., Hollenstein, M., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- 39- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: results from a 16-year follow-up. *Am J Public Health*, 69(11), 1142-1145.
- 40- McPherson K, Steel CaMa, Dixon JM. Breast cancer epidemiology, risk factors and genetics. *Br Med J* 1994;309:1003-1006.

- 41- Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- 42- Michels KB, Willet WC, Rosner BA, Manson JE, Hunter DJ, Colditz GA, Hankinson SE, Speizer FE. Prospective assessment of breast-feeding and breast cancer incidence among 89 887 women. *Lancet* 1996; 347:431-436.
- 43- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life research*, 14(8), 1825-1833.
- 44- National Cancer Institute. SEER stat fact sheets: breast [Internet]; 2011. Acceso el 3 de mayo de 2011.
- 45- Nelson N. Migrant studies aid the search for factors linked to breast cancer risk. *J Nat Cancer Inst* 2006;98:436-38.
- 46- OMS. (1986). *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaChapterSp.pdf>.
- 47- OMS. (1998). *Glosario de términos básicos en promoción de la salud*. Ginebra: Rretrievedfrom<http://www.msc.es/profesionales/saludPuclica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
- 48- Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, volumen I).
- 49- OPS Nota informativa cáncer de mama 2014.
- 50-** OPS-OMS “ El Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe: Informar sobre las opciones” 2001.
- 51- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273(5):402407.
- 52- Pike MC, Spicer DV, Dahmouh L, Press MF. Estrogens, progestogens, normal breast cell proliferation, and breast cancer risk. *Epidemiol Rev* 1993; 15 (1): 17-35.
- 53- Robles, Sylvia C., & Galanis, Eleni. (2002). El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 141-143. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000800016>

- 54- Ronco A, De Stefani E, Boffetta P, Deneo-Pellegrini H, Mendilaharsu M, Leborgne F. Vegetables, fruits, and related nutrients and risk of breast cancer: a case-control study in Uruguay. *Nutr Cancer* 1999;35:111-119.
- 55- Samaja J. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- 56- Sociedad Española de Oncológica Médica (SEOM). “Cáncer De Mama”. 2013.
- 57- Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO). Información sobre el cáncer de mama. 2014.
- 58- Stoll BA. Upper abdominal obesity, insulin resistance and breast cancer risk. *Int JObes*. 2002;26(6):747-53.
- 59- Torres Lobaton Alfonso, Cáncer ginecológico diagnóstico y tratamiento, 2ª ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2003.
- 60- Westby M, Clarke M, Hopewell S, Ram F. Masking reviewers at the study inclusion stage in a systematic review of health care interventions (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004 Oxford: Update Software. Oxford; 2004.*
- 61- Willet W., Rockhill B, Hankinson S. y cols. Epidemiology and Nongenetic Causes of Breast Cancer. In *Diseases of the Breast. Ad: Harris J. et al. Second Edition 2010, (IV):175-220.*
- 62- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR, 2007.
- 63- Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. *Lancet*. 2005;365(9472):1727-41

ANEXO 1

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.1: Procedencia de las usuarias, que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Gráfica No. 2: Edades de las usuarias, que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Gráfica No. 3: Estado nutricional de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Gráfico No.4: Estado Civil de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017

Gráfico No. 5: Nivel educativo de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017

Gráfica No. 6: Número de hijos en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Gráfica No. 7: Lactancia materna en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017

No. 8: Duración de lactancia materna en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Gráfica No. 9: Cáncer en la familias de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017

Gráfica No. 10: Usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017, que practican estilos de vida saludable.

Tabla No. 11: Opinión de cambios de estilos de vida saludable en usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

ANEXO 2

ACRÓNIMOS

CM: Cáncer de mama

DSS: Determinantes Sociales de la salud

ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

MINSAL: Ministerio de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

APS: Atención Primaria de Salud

SPT: Salud Para Todos

BM: Banco Mundial

FMI: Fondo Monetario Internacional

CDSS: Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

SEOM: Sociedad Española de Oncológica Médica

ENT: Enfermedades no transmisibles.

ANEXO 3

Consentimiento Informado

Nombre de la Participante _____

Manifiesto

Que he sido informada por Dra. Lilian Magdalena Guardado Fuentes, egresada de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de El Salvador, del estudio que está realizando, que tiene como objetivo analizar las opiniones, creencias y significados de las usuarias en relación al cáncer de mama del Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de febrero a junio de 2017, así como la importancia de mi colaboración, no suponiendo riesgo alguno para mi salud.

Acepto

Participar en el estudio colaborando en la recolección de datos que realizaré contestando la guía de entrevista que se me realice.

ANEXO 4



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**



Guía de Entrevista

Tema

Describir las opiniones, creencias y significados de las usuarias en relación al cáncer de mama en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, de febrero a junio de 2017

Objetivo

La siguiente entrevista ha sido diseñada para saber lo que usted piensa sobre el cáncer de mama, tiene fines académicos y es de carácter anónimo, se solicita su apoyo.

Fecha: -----

Nombre:-----

No de Afiliación-----

Cotizante-----

Beneficiaria-----

1- Procedencia: Urbana() Rural ()

2- Edad

3- Peso

4- Talla

5-¿Cuál es su estado civil?

Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Viudo ___ Otro ___

6-¿Cuál es su nivel educativo? Primaria () Secundaria () Tecnológico ()

Universitario () Postgrado ()

7-¿Número de hijos?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15

8-¿Dio lactancia materna? Si ___ No _____ Cuanto tiempo _____ c/hijo

9-¿Conoce usted si en su familia hay cáncer de mama? Si _____ No _____

10-¿Según su opinión cuales son las causas que pueden ocasionar cáncer de mama?

11-¿Qué sentiría una mujer si se le diagnosticara cáncer de mama según su opinión?

12-¿Usted cree que tiene estilos de vida saludable (hace ejercicios, no fuma, no toma, duerme bien, no sufre de estrés, tiene una alimentación balanceada)?

Si _____ No _____

13-¿Estaría dispuesta a hacer cambios en su estilo de vida para prevenir el cáncer de mama?

Si _____ No _____

14-¿Por qué cree que las mujeres no se realizan el autoexamen de mama?

15- ¿Cuál cree usted que es la razón de porque algunas mujeres no desean realizarse la mamografía?

16-¿Cree usted que el cáncer de mama si se detecta a tiempo se puede curar?

17-¿A través de qué medios ha escuchado sobre el cáncer de mama?

18-¿Qué significa para usted el cáncer de mama?

19-¿Cuál se sería el significado para su pareja si se le diagnosticara cáncer de mama?

20-¿Qué significado tendría para su familia si se le diagnostica cáncer de mama?

21-¿Qué haría usted antes de presentar cáncer de mama?

ANEXO 5

TABLAS DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA N° 1: Procedencia de las usuarias, que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	37	90%
Rural	3	10%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

TABLA No.2: Edades de las usuarias, que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Edades (Años)	Frecuencia	Porcentaje
30-35	7	18%
36-40	7	18%
41-45	4	10%
46-50	6	15%
51-55	8	20%
56-60	8	20%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 3: Estado nutricional de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Peso	Indice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje
Normal	18.5 a 24.9	7	18%
Sobrepeso	25 a 29.9	8	20%
Obesidad Tipo I	30 a 34.9	13	32%
Obesidad Tipo II	35 a 39.9	7	18%
Obesidad Tipo III	40 ó mas	5	12%
Total		40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 4: Estado Civil de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	14	35%
Casada	18	45%
Unión libre	7	17%
Otro	1	3%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 5: Nivel educativo de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Tecnológico	7	17%
Universitario	30	75%
Postgrado	3	8%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 6: Numero de hijos en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

No. de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Sin hijos	11	27%
1 hijo	11	27%
2 hijos	9	23%
3 hijos	7	18%
4 hijos	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 7: Lactancia materna en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017

Dio lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	90%
No	3	10%
Total	29	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 8: Duración de lactancia materna en las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Duración de lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
6 meses	10	38%
1 año	9	34%
2 años	7	28%
Total	26	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 9: Cáncer en la familias de las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017

Cáncer en familia	Frecuencia	Porcentaje
No	35	88%
Si	5	12%
Total	29	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 10: Practica de estilos de vida saludable en usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017

Practica estilos de vida saludable	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	37%
No	25	63%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas realizadas a las usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 11: Opinión de cambios de estilos de vida saludable en usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

Cambiaría su estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	95%
No	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas aplicadas a usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.

Tabla No. 12: Creencia sobre el cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo en usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio 2017.

El cáncer de mama se cura si se detecta a tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	98%
No	1	2%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas aplicadas a usuarias que consultaron en el Policlínico de San Salvador del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de febrero a junio de 2017. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Elaboración propia.