

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**ESTILOS DE VIDA Y TUMORACIÓN BENIGNA DE MAMA EN  
MUJERES, OPERADAS SERVICIO DE ONCOLOGÍA, DETECTA  
CLÍNICA, 2017**

**TESIS**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. RAQUEL ERAN BRAVO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ASESORA: MG. Zobeida Elizabet Camarena Vargas**

**Lima - Perú**  
**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A Mi docente Mg. Zobeida Elizabet Camarena Vargas, por su paciencia, enseñanzas y experiencia lo cual me sirvió de gran ayuda para poder darle aporte científico a mi tesis.

## **AGRADECIMIENTO**

A los asesores de la universidad por su apoyo para el desarrollo de mi tesis, al Servicio de Oncología, Detecta Clínica, donde realice mi investigación, quienes han hecho posible el desarrollo de la investigación y a los pacientes que participaron voluntariamente en esta investigación.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los estilos de vida y la aparición de los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017. El método que se utilizó fue descriptivo puesto que describe a las variables observadas en la realidad, el diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa. La muestra de estudio estuvo conformada por 40 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, la cual obtuvo una confiabilidad de Alfa de Cronbach fuerte de 0,883 y 0,893. Los resultados arrojaron que el 27.50% de las pacientes encuestadas presentan un nivel bueno con respecto a la variable estilos de vida, el 42.50% presentan un nivel regular y un 30% un nivel malo, también se evidencia que el 100% de las pacientes encuestadas presentan tumor benigno de mama. Y según la correlación de Spearman se obtuvo que la variable estilos de vida está relacionada directa y positivamente con la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.609 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de  $p=0.001$  siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

**Palabras clave:** Estilos de vida, alimentación, actividad física, tumor benigno de mama.

## ABSTRACT

The present investigation had an objective of determining the relationship that exists in between lifestyles and the appearance of benignous breast tumors in women, operated in the Oncology service, Detects clinic, and 2017. The method used was descriptive since it describes the variables observed in the reality, the research design was correlative cross-section of quantitative type. The study sample was conformed by 40 patients. For data collection, the survey was used as a technique and as a tool questionnaire, which obtained a strong reliability of Cronbach's alpha of 0.883 and 0.893 strong reliability. The results showed that the 27.50% of the patients surveyed present a good level with respect to the variable life styles, the 42.50% present a regular level and a 30% a bad level, there is also evident that the 100% of patients surveyed present a benign breast tumor. According to Spearman's correlation it was obtained that the variable lifestyles is directly and positively related to the variable benign breast tumors, according to Spearman's correlation of 0.609 this result being moderate result with a statistical significance of  $p = 0.001$  being less than 0.01. Therefore, the main hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected.

*Key words:* lifestyles, feeding, physical activity, benignous breast tumor.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer en sus diversas manifestaciones ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad global del mundo, precedido solo por las enfermedades cardiovasculares. Entre estos, el cáncer de mama ocupa el primer lugar por su frecuencia dentro de los tumores del sexo femenino, y sigue en aumento con el correr de los años. (Diéguez, 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cáncer mamario es una de las causas principales de muerte en la población. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo. De acuerdo a la OMS, en los últimos 25 años se duplicó el número de nuevos casos anuales, aunque la mortalidad ha disminuido en países desarrollados debido a la realización de diagnósticos tempranos y tratamientos más efectivos. (OMS, 2017)

Hablar de cáncer de mama es hablar de una enfermedad compleja tanto física como psicológicamente. Afrontar los muchos retos que supone su diagnóstico, como los tratamientos prolongados e intentar combinar la recuperación con la familia y los compromisos de trabajo, puede tener una repercusión significativamente negativa en las mujeres. Sin embargo en el Perú el 90% de las consultas relacionadas con la mama se deben a patologías que resultan ser benignas. Por lo tanto es imprescindible poder diferenciar las tumoraciones benignas y malignas, la precoz identificación y adecuado tratamiento. (INEN, 2016)

Diversas enfermedades mortales y no mortales están relacionadas a los estilos de vida inadecuados o nocivos. El hábito de fumar tabaco, la dieta, patrones de actividad y el consumo de alcohol son los cuatro principales responsables de las causas más frecuentes de muerte. (Arellano, 2009)

La calidad de vida del individuo esta estrecha y directamente relacionada con la salud, el hecho de prevenir la enfermedad y promocionar la salud constituye un factor primordial en el logro de la misma.

Existe evidencia que muestra que los malos hábitos alimenticios aumentan el riesgo de adquirir cáncer y muchos otros tipos de enfermedades por diversos mecanismos. (Arellano, 2009)

Así mismo la actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de enfermedades. El sedentarismo es un factor negativo para nuestra salud. El ejercicio físico ya sea dinámico como correr, nadar, saltar soga, etc. o estático como levantamiento de pesas, tensión dinámica producen cambios inmediatos y a largo plazo a nivel muscular, cardiovascular, pulmonar, metabólico y del sistema nervioso. (Arellano, 2009)

La actividad física es un determinante fundamental en un estilo de vida saludable, ya que trae múltiples beneficios para la persona.

Por ello, el propósito del presente estudio es analizar la posible relación entre los estilos de vida y la aparición de tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017. Para ello la presente tesis se estructuró de la siguiente manera:

El capítulo I abarca los puntos correspondientes al planteamiento del problema; el capítulo II comprende los fundamentos teóricos de la investigación; en el capítulo III se formularon la hipótesis y variables y su respectiva operacionalización; en el capítulo IV se presentan la metodología, población y muestra; en el capítulo V se presentan las técnicas e instrumentos de recolección de datos con su respectiva descripción; en el capítulo VI se indican los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; y finalmente se presentan las referencias bibliográficas seguida de los Anexos.

## INDICE

	PAG.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	vi
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1.- Descripción de la realidad Problemática	10
1.2.- Definición del Problema	12
1.3.- Objetivos de la investigación	13
1.4.- Finalidad e importancia	13
CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.1.- Bases Teóricas	16
2.2.- Estudios Previos	52
2.3.- Marco Conceptual	59
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	62
3.1.- Formulación de Hipótesis	62
3.1.1.- Hipótesis General	62
3.1.2.- Hipótesis Específicas	62
3.2.- Identificación de Variables	62
3.2.1.- Clasificación de Variables	62
3.2.2.- Definición Conceptual de variables	63
3.2.3.- Definición Operacional de variables	64
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	65
4.1.- Tipo y nivel de Investigación	65
4.2.- Descripción del Método y Diseño	65
4.3.- Población y Muestra.	66
4.4.- Consideraciones Éticas.	66

CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
5.1.- Técnicas e Instrumentos	68
5.2.- Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos	69
CAPITULO VI RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos	70
6.2.- Discusiones	83
6.3.- Conclusiones	85
6.4.- Recomendaciones	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	91
MATRIZ DE CONSISTENCIA	92
INSTRUMENTO	94
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 1	97
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 2	99
CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	101
SOLICITUD PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN	103
DATOS DEMOGRÁFICOS	104





# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

Las protuberancias mamarias se presentan tanto en hombre como en mujeres, aumentando la preocupación cuando éstos se convierten en cáncer. A nivel mundial hay un caso del mal en varones por cada 100 mujeres. Siendo la edad promedio de la mujer a los 50 años y en el hombre a los 60 años.

Entre los tumores benignos se incluyen todas las lesiones que provocan la formación de tumoraciones o nódulos en la mama, sean o no sean producto de la multiplicación celular. (Sáceda, 2016)

En el mundo, el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como los países en vías de desarrollo. La incidencia está aumentando debido a la mayor esperanza de vida. (OMS, 2017)

Aunque son muy importantes y en cierta medida las estrategias de prevención reducen el riesgo, no pueden eliminar la mayoría de casos que se dan alrededor del mundo.

A medida de que las etapas de cáncer aumentan, resulta más difícil la recuperación y tratamiento de los pacientes. En 2012, según la Liga de Lucha contra el Cáncer se dio a conocer 4 mil nuevos casos de cáncer de mama. Además de los casos detectados se informó que fallecieron cuatro mujeres en Lima por día, encontrándose además el 85% de casos detectados por ésta institución en una etapa avanzada.

Arellano Marketing realizó en el Perú el primer estudio de Estilos de Vida con validez estadística en un país latinoamericano donde se tomaron en cuenta la capital más de 15 ciudades, el cual data en 1996. Más tarde, en 2005, se llevó a cabo el mismo estudio en México donde se tomaron en cuenta la capital más 14 ciudades. Arellano buscaba dar a conocer el comportamiento de las personas como resultado de la interacción de diferentes variables que observadas desde la perspectiva funcional y sistémica de una sociedad de consumo crean una suerte de “personalidad grupal”. (Arellano Marketing, 2011)

En la labor diaria en Detecta Clínica se pudo observar el número de pacientes mujeres de distintos rangos de edad quienes acuden por presentar algún signo y/o síntoma que les pueden sugerir alguna alteración o patología mamaria; o simplemente por un control rutinario, (el cual termina con el hallazgo de tumor de mama) que hasta el momento de su atención no se podría definir como benigna o maligna, por lo que uno de los primeros pasos obligatorios en su atención es el examen clínico para la detección pronta de alguna enfermedad neoplásica o no neoplásica; y posteriormente En los casos revisados, se pudo observar mediante el censo diario de la clínica, que durante el segundo semestre del 2016 se registraron 1366 atenciones en el servicio de oncología, siendo el 11.25% pacientes que requerían y que terminaron en cirugía mamaria por tumoraciones. El 46.51% de estos resultaron malignos y el 53.48% benignos.

Si comparamos dichas cifras con el primer semestre del 2017, (periodo en el que se basa esta investigación), se registraron 1218 atenciones a mujeres de 15 a 79 años, de las cuales el 10.54 % requerían y terminaron en cirugía mamaria para extirpación de tumoración. En dicho periodo se realizaron 73 cirugías mamarias, de las cuales el 45.20 % fueron malignas y el 54.79 % benignas. Por lo que, representa un número importante de morbilidad en mujeres. El porcentaje de cáncer en mama en

mujeres a nivel nacional y mundial es alto, y en general, las tumoraciones mamarias también lo son.

Se preguntó además a las pacientes en su proceso post operatorio sobre sus estilos de vida, conociéndose así que muchas de ellas llevan estilos de vida no saludables, refiriéndose específicamente a los hábitos alimenticios, la insuficiente actividad física, el consumo de alcohol y tabaco. Estos factores se consideran los de mayor influencia durante y después del tratamiento de las distintas enfermedades, incluyendo el cáncer, y de mucha importancia para la prevención de un segundo cáncer. Cabe recalcar, que no se han realizado investigaciones anteriores en este establecimiento de salud, por lo que, se da inicio para que futuras investigaciones sean bienvenidas.

## **1.2.- Definición del Problema**

### **Problema general**

¿Qué relación existe entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017?

### **Problemas específicos**

¿Qué relación existe entre los estilos de vida dimensión hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017?

¿Qué relación existe entre los estilos de vida dimensión actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017?

### **1.3.- Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017.

#### **Objetivos específicos**

Identificar la relación que existe entre los estilos de vida dimensión hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017.

Conocer la relación que existe entre los estilos de vida dimensión actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017.

### **1.4.- Finalidad e importancia**

El presente estudio intenta investigar la relación que existe entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama, ya que son muy frecuentes las tumoraciones mamarias en la mujer y éstas pueden, según el tipo de tumoración, evolucionar en cáncer. Debemos de preocuparnos desde el inicio de la aparición de tumores para así evitar su evolución, ya sea benigno o maligno. El cáncer de mama es sin duda un problema de salud mundial, es el primero más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte. Por lo tanto es importante conocer la realidad de salud del Perú. Sin embargo, el 90% de las consultas relacionadas con la mama se deben a patologías que resultan ser benignas. Por lo tanto es imprescindible poder diferenciar las tumoraciones benignas y malignas, la precoz identificación y adecuado tratamiento.

A pesar de que el 90% de las consultas resultan ser benignas cabe señalar que en base al Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010 – 2012 elaborados por el INEN, el cáncer de mama representa el más frecuente en este periodo con 6,051 casos nuevos, siendo la tasa de incidencia de 40.9 por 100,000. Es además la primera causa de muerte en las mujeres. Habiéndose encontrado además 2.867 nuevos casos con una tasa de incidencia estandarizada de 33.8 casos por 100,000 mujeres. El riesgo acumulado para desarrollar la enfermedad hasta los 74 años es de 3.69%, en contraste con la muy baja frecuencia en hombres de 0.03%.(INEN, 2016)

En el 2011, el INEN reportó la mama como segundo sitio primario más frecuente en mujeres con cáncer atendidas durante el 2009, siendo el 19% del total de casos de neoplasias malignas más frecuentes. (INEN, 2012)

Entonces, siendo una patología muy frecuente que se presenta en mujeres y varones debemos conocer la relación que existe de estas patologías con ciertos factores de riesgo. En nuestra labor, el personal de enfermería está involucrado en la atención de los pacientes desde que estos ingresan a consulta, en la atención pre, durante y posterior a los procedimientos necesarios; quirúrgicos o no quirúrgicos. Nos ayudará a aportar conocimientos sobre estas patologías y, posteriormente, a elaborar estrategias educacionales de los procedimientos a nuestros pacientes y a los demás profesionales.

Hay diferentes factores fisiológicos de los que se puede iniciar aberraciones del desarrollo e involución de la mama, así como también que pueden desencadenar el cáncer mamario, y en alto porcentaje comienzan por un tumor. De dichos factores se conoce que los estilos de vida influyen positiva o negativamente en la aparición y malignidad de estos; variable importante a estudiar en esta investigación.

La línea de esta investigación es la línea asistencial ya que se aplicará el proceso del cuidado de enfermería durante la atención al paciente. Buscando en todo momento la humanización del personal de enfermería, por lo que se debe tener conciencia de la atención a los pacientes y aportar soluciones en beneficio de todos. Una asistencia humana y de alto nivel de calidad.

## **CAPÍTULO II**

### **FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1.- Bases Teóricas**

##### **2.1.1. Estilos de vida**

Según la OMS (2014), conceptualizó al 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”.

Por otro lado Arellano (2009) refirió que:

El estilo de vida sería aquel patrón más o menos consciente de comportamiento que caracteriza al individuo en su forma de ser y expresarse. En cierta forma, se asemeja mucho al concepto de personalidad, pues nos permite reconocer al individuo a través de conductas muy distintas. El estilo de vida posibilita encontrar la unicidad dentro de la diversidad, proporcionando unidad y coherencia al comportamiento de un sujeto o grupo de sujetos.

El autor manifiesta que el concepto de estilo de vida como patrón que dirige el comportamiento se corresponde con una perspectiva más dinámica de la conducta humana. El estilo de vida integraría en su interior diferentes valores, creencias, rasgos de personalidad, afectos, comportamientos y otros rasgos que definen al individuo proporcionándoles dirección y enfoque.

Así mismo Chisaguano y Ushiña (2015) manifestaron que:

El estilo de vida es considerado como un hábito que llevan las personas en su vivir diario, es un conjunto de costumbres o

actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son dañinas para la salud.

Los estilos de vida abarcan todos los ámbitos del ser humano. Por esto, diferentes autores intentan construir el concepto de estilos de vida saludables, llegando a la conclusión de que estos están constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud. Otro aspecto importante que se ha abordado son los factores que influyen en el estilo de vida, entre ellos se encuentran los sociales. Estos, actúan de diversa forma entre géneros, ya que la mujer se asocia con labores hogareñas, mientras que el hombre se asocia con roles netamente laborales que lo predisponen a llevar un estilo de vida caracterizado por comportamientos riesgosos para su salud, como lo es el consumo excesivo de alcohol y el cigarrillo. Aunque sean ideas que ya han cambiado con los años. (García, et al, 2012)

También están los factores económicos que se relacionan con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, ya que un estado socio-económico bajo se asocia con un estilo de vida sedentario y un menor consumo de frutas y vegetales. Otros factores que también afectan la salud son los comportamentales que involucran la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y el exceso de alcohol. (García, et al, 2012)

En efecto, al hablar del estilo de vida, hay que tener en cuenta los componentes que hacen parte de él. Estos se consideran como esquemas de comportamiento que comprenden hábitos saludables y no saludables que interactúan entre sí. Los principales aspectos relacionados con el estilo de vida, son la sexualidad, el estrés, el sueño, el tiempo libre y desde el punto de vista psicosocial: las relaciones interpersonales. Sin embargo, con el pasar del tiempo, se han estudiado los factores que se consideran de mayor influencia en el diario vivir de las personas, dentro de los cuales se destacan la actividad física, la nutrición y el consumo de tabaco y alcohol, que se ven

importantemente modificados en las personas actualmente. (Lema, *et al.*, 2009)

Diversas enfermedades mortales y no mortales están relacionadas a los estilos de vida inadecuados o nocivos. El hábito de fumar tabaco, la dieta, patrones de actividad y el consumo de alcohol son los cuatro principales responsables de las causas más frecuentes de muerte. (Arellano, 2009)

Cada persona tiene un estilo de vida determinado, formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas. (Rothgiesser, 2012)

Es una categoría socio-psicológica empleada para describir el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico. Es decir, se define por la conducta individual de cada individuo, su personalidad y los medios que utiliza para satisfacer sus necesidades básicas. El estilo de vida de una persona lo refleja su forma de vida y está determinado por todas esas variables mencionadas anteriormente. Es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social. (Maldonado, 2013)

### ***Estilos de vida e individuo.***

Desde el punto de vista individual, el estilo de vida es un patrón que cumple con dos funciones:

*Patrón que caracteriza al individuo:* El estilo de vida sería aquel patrón más o menos consistente de comportamiento que caracteriza al individuo en su forma de ser y expresarse, se asemeja mucho al concepto de personalidad, pues no permite reconocer al individuo a través de conductas

muy distintas. Proporciona unidad y coherencia al comportamiento de un sujeto o grupo de sujetos. (Linares, et al. 2013)

*Patrón que dirige la conducta:* El estilo de vida no solo caracteriza u organiza al individuo, sino también lo dirige. El concepto de estilo de vida como patrón que dirige el comportamiento se corresponde con una perspectiva más dinámica de la conducta humana. El estilo de vida integraría en su interior diferentes valores, creencias, rasgos de personalidad, afectos, comportamientos y otros rasgos que definen al individuo, proporcionándoles dirección y enfoque. (Linares, et al. 2013)

Dentro de la lógica científica, la mejor manera de entender a los individuos es agrupando a aquellos que tienen características comunes entre sí. Es decir, se comienza por el análisis del individuo para llegar al nivel de grupo, buscando diferencias significativas entre los sujetos. En tal sentido, el estilo de vida sería aquel grupo de personas que comparten características demográficas, actitudinales, valorativas y comportamentales similares. (Linares, et al. 2013)

### ***Estilos de vida saludables.***

Son las experiencias de la vida y resultados de investigaciones que demuestran que si se adopta un estilo de vida positivo donde se realizan actividades que procuren un mejor funcionamiento del organismo y de la mente, se asegura una óptica calidad de vida en la tercera edad. (Chui, 2016)

### ***Estilos de vida no saludables.***

Son los comportamientos, hábitos o conducta que adopta la persona en contra de su salud y en contra de su calidad de vida y/o estilo de vida. Son estos estilos los que llevan a la persona al deterioro de su estado biopsicosocial, llevándola a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal. Entre éstos tenemos:

Mala alimentación lo cual lleva a un deterioro físico mental.  
Deficientes estado higiénico, lo cual perjudica la salud y las relaciones interpersonales.  
Alteraciones del sueño.  
Baja actividad física.  
Propenso a adquirir enfermedades como cáncer, obesidad, diabetes.  
Baja autoestima, lo cual involucra poder caer en depresión.  
Estar alterado, de mal humor.  
Tener malas relaciones interpersonales. (Chui, 2016)

Según el objetivo de esta investigación, se ha dimensionado en 2:  
Hábitos alimenticios y actividad física.

### ***Dimensión hábitos alimenticios.***

Existe evidencia que muestra que los malos hábitos alimenticios aumentan el riesgo de adquirir cáncer y muchos otros tipos de enfermedades por diversos mecanismos. Por contener en su constitución sustancias que pueden originar carcinógeno. Porque en su cocción se producen carcinógeno (alimentos cocinados a mayores de 250° centígrados como las parrillas, brasas, ahumados). porque durante su almacenamiento se producen hongos y bacterias como los cereales, harinas, cervezas. La ausencia de alimentos nutritivos de la dieta puede originar la aparición de tumores como la disminución de ingesta de fibras, la disminución del consumo de cítricos, vitamina A, E Calcio, Zinc. (Arellano, 2009)

Es de gran importancia recalcar que el éxito del crecimiento se basa principalmente en una buena alimentación, para esto es necesario conocer las directrices que van encaminadas a tener una nutrición adecuada por medio de la pirámide nutricional. Esta representa una alimentación balanceada que garantiza el aporte suficiente de energía además de nutrientes y aquellas sustancias que son fundamentales para el bienestar de cada organismo. (García, et al. 2012)

*Hábitos alimenticios Saludables:* La alimentación, es el proceso mediante el cual, los seres vivos diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo los elementos que se requieren para vivir.

La alimentación, por tanto, es una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos y que está directamente relacionada con la supervivencia.

La alimentación siempre es un acto voluntario y por lo general, llevado a cabo ante la necesidad fisiológico y biológica de incorporar nuevos nutrientes y energía para funcionar correctamente. Los tipos de alimentación pueden variar de acuerdo al tipo de nutrientes que se consuma, en tal sentido debemos mencionar: alimentación herbívora, carnívora y omnívora.

El ser humano ha transformado desde tiempo inmemoriales al proceso de alimentación en una situación social en la que además de ingerir los productos deseados, también se comparten experiencias con los suyos. Con este fin, el ser humano ha desarrollado no solo instrumentos que le permiten obtener más fácilmente los alimentos; sino también espacios y prácticas especialmente destinados a la alimentación, pudiendo encontrar hoy en día diferentes espacios y prácticas especialmente destinados a la alimentación, de acuerdo a cada necesidad individual.

Se considera una buena alimentación para el ser humano a aquella que combina de manera apropiada todos los diferentes alimentos que se encuentran en la naturaleza. La pirámide nutricional es un buen método para establecer que tipos de alimentos deben ocupar un mayor y menor lugar en la alimentación de cada individuo.

Para obtener adecuados Hábitos Alimenticios se debe tener en cuenta que la alimentación debe ser:

- Variada
- Suficiente en cantidad.
- Adecuada en calidad.
- Higiénica.

De acuerdo a la edad, contextura corporal y al estado en que se encuentra su organismo (sano, enfermo, embarazada o lactando.)

Los elementos que ayudan a crear hábitos alimenticios Saludables son:

- Respetar el horario regular de comida.
- Consumir tres comidas principales y dos refrigerios diarios.
- Considerar al desayuno como el principal alimento del día.
- Consumir los alimentos con tranquilidad, por ambos lados de la boca.
- Considerar que el 50% del plato debe haber verduras, el 25% carne y 25 % de cereales o pastas.
- El alimento del medio día debe aportar un 35% del total de energía diaria.

El establecimiento de una asociación entre la dieta y el cáncer de mama requiere una evaluación de los indicios obtenidos utilizando los siguientes criterios: Constancia, firmeza, especificidad, relación temporal y coherencia.

La constancia de los datos que indican un nexo entre el contenido graso de la dieta y el cáncer de mama ha sido demostrada en diversos estudios. Un estudio comparativo de la ingesta de grasa en la dieta mostró que los pacientes que ingería alimentos fritos con frecuencia se asociaban con un riesgo de cáncer de mama equivalente al doble de las mujeres quienes tenían una dieta baja en grasas. Está escrito además que la ingesta

diaria de grasas y la mortalidad por cáncer de mama está altamente relacionado. (Bland y Copeland, 2017)

En el tejido adiposo existe una enzima, la aromatasa, que tiene la función de transformar los andrógenos en estrógenos. Cabe hacer notar que durante el climaterio existe una gran producción de andrógenos por las suprarrenales. De modo que las mujeres obesas tienen un riesgo más alto de desarrollar cáncer de mama que las mujeres delgadas. El organismo no discrimina si los estrógenos que se ingieren provienen de un medicamento que se tomó o son producidos por el tejido adiposo. Por lo tanto, según esta referencia una mujer con antecedente de cáncer de mama nunca debiera ser obesa. (Perl, 2008)

Con respecto a la dimensión estilos de vida se tomaron los siguientes indicadores:

*Dieta balanceada.* Se trata de un tipo de alimentación con todo tipo de nutrientes que el organismo necesita para poder funcionar perfectamente. Estos nutrientes esenciales son las proteínas, los hidratos de carbono, las vitaminas, los minerales y el agua.

*Criterio de peso.* Dependiendo de los intereses de los individuos, puede seleccionarse una dieta o patrón alimentario diario, bien sea para incremento de peso, pérdida de peso, entrenamiento deportivo, problemas de salud cardiovascular, prevención del cáncer, alergias alimentarias, tratamiento de patologías (dietoterapia) u otras razones, las personas suelen modificar su patrón de alimentación, por lo que coloquialmente dicen "hacer dieta", lo que de una u otra manera puede modificar el balance energético diario, y con ello incrementar o disminuir las reservas de grasa en el organismo.

*Numero de comidas al día.* La OMS recomienda para los adultos un consumo de 5 piezas o porciones de frutas y verduras u hortalizas a diario (se excluyen de las hortalizas la patata, boniato o camote, yuca, chuño y otros tubérculos con féculas), ya que aportan la fibra necesaria para nuestra salud intestinal y nos ayudan a prevenir y a mejorar enfermedades. (Muñoz, 2015)

*Tiempo de consumo de alimentos.* Especialistas recomiendan seguir un horario que incluya cinco comidas al día, para así tener un adecuado metabolismo, cuidar la salud y prevenir enfermedades y evitar un incremento de peso. Es importante que las comidas sean balanceadas y que contengan las porciones de alimentos necesarias. (Bustamante, 2016)

*Cantidad de agua consumida al día.* Las necesidades de agua de cada persona varían dependiendo de cada cuerpo, aunque a nivel general está aceptado el hecho de que una persona adulta necesita alrededor de 2 litros de agua al día para mantenerse equilibrado, debido al líquido que se elimina gracias al metabolismo. Un 60% de nuestro cuerpo es agua y para que éste funcione correctamente es necesario mantener equilibrada esta proporción. (Art. Mejor con salud, 2016)

### ***Dimensión actividad física.***

La actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo. El sedentarismo es un factor negativo para nuestra salud. El ejercicio físico ya sea dinámico como correr, nadar, saltar sogas, etc. o estático como levantamiento de pesas, tensión dinámica producen cambios inmediatos y a largo plazo a nivel muscular, cardiovascular, pulmonar, metabólico y del sistema nervioso. (Arellano, 2009)

La actividad física es un determinante fundamental en un estilo de vida saludable, ya que trae múltiples beneficios para la persona. Se ha demostrado la importancia de la actividad física en el desarrollo y crecimiento de los niños, debido a la disminución de los factores de riesgo y por la forma como establece hábitos de vida saludables los cuales son interpretados como factores protectores. (García, et al. 2012)

Los ejercicios físicos, sobre todo los aeróbicos (caminar, correr, ciclismo, etc.) tienen un efecto tranquilizante a nivel cerebral y muscular siendo este efecto mayor en personas con síntomas que en las asintomáticas. La duración del efecto es variable y va de 1 hora a 6 horas, dependiendo de la intensidad del ejercicio. El ejercicio crónico también reduce la ansiedad. Reducen los síntomas de la depresión no psicótica. El ejercicio físico va a condicionar un mejor desempeño funcional del músculo y esto es posible por cambios que se producen en el mismo músculo, así como las fibras nerviosas que los estimulan para que se contraigan. (Arellano, 2009)

Los cambios que se producen en el sistema cardiovascular con el ejercicio dependen del ejercicio realizado, ya sea dinámico o ejercicios de fuerza muscular.

No existe un ejercicio mejor que otro, la elección depende de las metas de cada persona. (Arellano, 2009)

Actualmente se ha demostrado la relación del sedentarismo con las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, algunos tipos de cáncer, así como consecuencias en otros niveles. Esto llevó a que la inactividad física ocupe uno de los diez primeros puestos a nivel mundial en morbilidad y mortalidad. Puede atribuirse que el sedentarismo que haya gracias a la

tecnología y a la modernización ha cambiado el medio ambiente, llevándolo a ser más pasivo y consumista. (García, et al. 2012)

Es importante conocer que los beneficios de la actividad física regular van a recaer directamente a nivel cardiovascular, metabólico, pulmonar, músculo-esquelético, psicológico, social. (García, et al. 2012)

#### *Cáncer de mama y ejercicio.*

Aunque hay datos limitados sobre el papel del ejercicio en la rehabilitación del cáncer de mama, una investigación concluyó que la actividad física tiene un efecto protector pronunciado en la mujer menopáusica comparado con la mujer pre-menopáusica, y que la actividad física desempeña un papel psicológico importante en la rehabilitación tras la cirugía. (Ardle, et al. 2015)

#### *Posibles mecanismos de protección del cáncer de mama con el ejercicio:*

Modificación de la exposición acumulada a los estrógenos (un factor de riesgo primario de la enfermedad)

- Variaciones de los patrones menstrual / ovulatorio.

- Retraso del comienzo de la menarquía.

- Aumento del número de ciclos menstruales sin ovulación.

- El aumento de la irregularidad menstrual ocasiona menos ciclos.

- Disminución de los niveles de grasa corporal.

#### *Estimulación del sistema inmunitario.*

Estilo de vida más sano que acompaña al ejercicio regular.

- Prevención del exceso de grasa corporal.

- Consumo de alimentación con pocas grasas.

- Abstinencia de fumar.

- Atención a las prácticas preventivas de salud.

- Menos depresión y ansiedad.

- Mayor autoestima. (Ardle, et al. 2015)

Con respecto a la dimensión actividad física se tomaron los siguientes indicadores:

*Tipos de ejercicios.* Entre muchas de las cosas que se buscan con el ejercicio, está el incremento en el gasto de energía, es decir, aumentar el consumo de calorías almacenadas en nuestro cuerpo. Los seres humanos necesitamos para poder vivir consumir oxígeno, el cual se encuentra disuelto en el aire que respiramos. Con base en lo anterior, los ejercicios pueden clasificarse en:

*Ejercicios Aeróbicos:* Son aquellos en los cuales las personas consumen gran cantidad de oxígeno, son de larga duración y que no requieren esfuerzos máximos. Entre estos podemos mencionar: caminar, bailar, nadar, trotar, andar en bicicleta, etc. No se requiere que el individuo termine muy agotado o extenuado. Este tipo de ejercicios son los que por excelencia protegen y mejoran la salud de las personas.

*Ejercicios Anaeróbicos:* Son aquellos en los cuales las personas durante el ejercicio consumen muy poco oxígeno, realizan grandes esfuerzos durante un periodo de tiempo muy corto. En estos ejercicios las personas utilizan la capacidad máxima que tienen. En ellos se encuentran: carreras en atletismo, ciclismo, levantamiento de pesas. Estas actividades no son recomendadas para mejorar la salud de las personas e incluso pueden deteriorarla.

*Ejercicios de Resistencia:* La resistencia es la capacidad que tiene una persona durante un periodo largo sin fatigarse. Los ejercicios de resistencia son ejercicios aeróbicos o que algunos llaman “ejercicios cardiovasculares”, en los cuales el organismo consume gran cantidad de oxígeno. La resistencia puede ser entrenada de diversas formas: ciclismo, trotar, caminar, nadar, elíptica, escaladora, banda rodante.

Este tipo de ejercicios mejoran la función del corazón y lo vuelve más eficiente, necesitando trabajar menos para cualquier nivel de esfuerzo. Entonces mejora la oxigenación de la sangre y de los diversos órganos y de las células del cuerpo. Aumentan el gasto energético y por ende la persona consume las reservas de grasa y de azúcares que posee. Disminuye el riesgo de sufrir sobrepeso, obesidad mórbida, etc.

*Ejercicios de estiramiento:* este tipo de entrenamiento se trabaja la flexibilidad. Al nacer, nacemos flexibles y vamos perdiendo a medida que vamos creciendo y por falta de ejercicios de estiramiento. La práctica de yoga y pilates, permiten recuperar en forma importante la flexibilidad perdida.

Estos contribuyen a que cada persona tenga una mejor movilidad y a recuperar problemas musculares.

*Importancia de la actividad física.* El cuerpo humano está diseñado para estar en movimiento. En simples palabras, actividad física se refiere a la realización de todas aquellas tareas en las que el cuerpo utiliza energía, como caminar, subir escaleras, practicar algún deporte. Para que beneficie a la salud, ésta se deberá llevar a cabo con una intensidad que vaya de moderada a vigorosa. Realizando ejercicios vigorosos podremos obtener mejores resultados en la mitad de tiempo que nos tomaría hacerlo con un desempeño moderado. El simple hecho de moverse y hacer cosas sencillas como ir de compras, o caminar de manera casual, no es suficiente para efectos saludables, pues esto no aumenta el ritmo cardiaco.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la inactividad física es cuarto factor de riesgo de muerte en todo el mundo y es la principal razón de enfermedades como el cáncer de mama y de colon, la diabetes y la cardiopatía isquémica. (OMS, 2017)

*Frecuencia en la realización de ejercicios.* Los adultos de 18 a 64 años debería dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Adultos mayores (de 65 años en adelante); Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de enfermedades, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.

Que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos

semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

Que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.

Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.

Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado. (OMS, 2017)

### **2.1.2. Tumor benigno de mama.**

Un tumor, también conocido como una neoplasia, es una masa anormal de tejido que puede ser sólida o llena de líquido. Un tumor no significa cáncer.; pueden ser benignos o malignos.

Un tumor benigno no puede metastizar, no puede extenderse. Benigno significa que no es progresivo. La mayoría de tumores benignos no son perjudiciales para la salud humana. A pesar de que no son cancerosos, algunos pueden ejercer presión contra los nervios o los vasos sanguíneos y causan dolor u otros efectos negativos. (Obispo, 2017)

Un tumor maligno son los tumores cancerosos, tienden a empeorar progresivamente y potencialmente pueden causar la muerte. Crecen rápido, son ambiciosos, buscan nuevos territorios y se diseminan. Las células anormales que forman un tumor maligno se multiplican a un ritmo más rápido. Los expertos dicen que no hay una línea divisoria clara entre los tumores cancerosos y los no cancerosos. Algunos tumores benignos eventualmente se convierten en malignos. (Obispo, 2017)

### ***Glándulas mamarias – Desarrollo normal***

Las glándulas mamarias se describen como dos formaciones anatómicas simétricas, derivadas de la dermis, que se alojan en el tejido subcutáneo de la cara antero superior del tórax, a cada lado de la línea media; delimitadas medialmente por el borde lateral del esternón, y lateralmente por la línea axilar anterior, extendiéndose las mismas de la tercera a la séptima costilla, adosadas al músculo pectoral mayor y a una capa delgada de tejido conectivo conocido como espacio retro-mamario, en el cual se hallan vasos linfáticos y sanguíneos. (Hernández, et al. 2012)

La estructura de la mama está conformada por un revestimiento cutáneo, tejido celular subcutáneo, tejido glandular, el cual se halla rodeado por tejido adiposo entre las capas de la aponeurosis torácica superficial. Recubierta por piel fina donde se encuentran glándulas sebáceas y sudoríparas, excepto en la zona redondeada. Luego en el vértice se encuentra la areola mamaria, la cual adquiere una tonalidad más oscura. El pezón contiene banda de músculo liso orientada en paralelo con los conductos galactóforos y circulares cerca de la base. La contracción de este músculo provoca la erección del pezón. (Hernández, et al. 2012)

Las glándulas mamarias, o mamas, constituyen una característica distintiva de los mamíferos. Estas glándulas han evolucionado como órganos productores de leche con el fin de proporcionar nutrición a los descendientes, que nacen en un estado relativamente inmaduro y dependiente. Desde el punto de vista fisiológico el acto de amamantar beneficia a la madre porque contribuye a la involución uterina posparto y también a la progenie porque permite la transferencia de inmunidad pasiva. El amamantamiento también contribuye a establecer un vínculo entre la madre y su hijo. (Bland y Copeland, 2017)

Durante el desarrollo embriológico tienen lugar el crecimiento y la diferenciación de las mamas en ambos sexos. Las glándulas mamarias

pares se desarrollan a lo largo de líneas apareadas, las líneas lácteas, que se extienden entre los bozos de las extremidades desde la futura axila hasta la futura región inguinal. En el ser humano la mayoría de los otros primates suele desarrollarse una sola glándula a cada lado de la región pectoral. Pueden observarse mamas supernumerarias o pezones supernumerarios como un trastorno hereditario en alrededor del 1% de la población femenina. (Bland y Copeland, 2017)

En la mujer, las mamas experimentan un desarrollo posnatal importante que se correlaciona con la edad y es regulado por hormonas que influyen en la función reproductora. Alrededor de los 20 años de edad las mamas han alcanzado su desarrollo máximo y cerca de los 40 años comienzan a presentar cambios atróficos. (Bland y Copeland, 2017)

Durante cada ciclo menstrual se producen cambios estructurales en la mama bajo la influencia de las concentraciones de las hormonas ováricas. Durante el embarazo y la lactancia aparecen cambios notables no sólo en la actividad funcional de la glándula mamaria sino también en la cantidad de tejido glandular. La secreción y la producción reales de leche son inducidas por la prolactina desde la hipófisis y por la somotomamotrofina proveniente de la placenta. Los cambios hormonales que se producen en la menopausia se asocian con la regresión o involución del componente glandular de la mama, que es reemplazado por tejido adiposo y conectivo. (Bland y Copeland, 2017)

La mama se encuentra ubicada dentro de la fascia superficial de la pared torácica anterior y consiste en 15 a 20 lóbulos de tejido glandular de tipo túbulo alveolar. El tejido conectivo fibroso forma un marco que sostiene los lóbulos y el tejido adiposo llena los espacios existentes entre ellos. El tejido conectivo subcutáneo rodea la glándula y se extiende en forma de tabiques entre los lóbulos y los lobulillos de modo que proporciona sostén e a los elementos glandulares, pero no forma una cápsula separada alrededor

de los componentes de la mama. La capa profunda de la fascia superficial, que yace sobre la superficie posterior de la mama, descansa sobre la fascia pectoral de la pared torácica. Los engrosamientos fibrosos del tejido conectivo forman inter-digitaciones entre el tejido parenquimatoso de la mama, se extienden desde la capa profunda de la fascia superficial y se fijan a la dermis de la piel. Estas estructuras suspensorias, denominadas ligamentos de Cooper, se insertan en forma perpendicular e con respecto a las delicadas capas de la fascia superficial de la dermis, o corion, de modo que permiten una movilidad marcada de la mama a la a vez que proporcionan sostén. (Bland y Copeland, 2017)

En la madurez la Porción glandular de la mama tiene una configuración cónica saliente característica y singular. La base del cono es casi circular y mide de 10 a 12 cm de diámetro y de 5 a 7 cm de espesor. El tejido mamario suele extenderse hacia la axila como la cola axilar (de Spence). Hay una enorme variación en el tamaño de las mamas. Fuera del periodo de la lactancia una mama típica, pesa entre 150 y 224 g mientras que durante el periodo de la lactancia puede exceder los 500g. En la pubertad la producción de estrógenos y progesterona por el ovario estimula el crecimiento inicial de la glándula mamaria. Tras este desarrollo inicial aparecen cambios leves en la morfología del tejido glandular con cada ciclo ovárico o menstrual. Durante el embarazo el cuerpo amarillo y la placenta producen continuamente estrógenos y progesterona que estimulan la proliferación y el desarrollo de las glándulas mamarias. El crecimiento de estas glándulas también depende de la presencia de prolactina, producida por la adenohipófisis, de somatomamotrofina, producida por la placenta, y de corticoesteroides suprarrenales. El nivel de estrógenos y progesterona circulantes disminuye en forma abrupta en el momento del parto con la degeneración del cuerpo amarillo y la pérdida de la placenta. Entonces la secreción de leche es favorecida por una producción mayor de prolactina y de esteroides de la corteza suprarrenal. Un reflejo neuro-hormonal regula el nivel elevado de producción y liberación de prolactina. El acto de succionar

por parte del lactante desencadena impulsos provenientes de receptores presentes en el pezón que regulan células en el hipotálamo. Los impulsos también producen la liberación de oxitocina en la neurohipófisis. La oxitocina estimula a las células mioepiteliales de las glándulas mamarias, lo que determina la contracción y la eyección de leche desde las glándulas. En ausencia de succión la secreción de leche cesa y las glándulas involucionan y retornan al estado inactivo. Después de la menopausia las glándulas mamarias se atrofian o involucionan. A medida que disminuye la liberación de hormonas ováricas las células secretoras de los alveolos se degeneran y desaparecen, pero quedan algunas de los conductos. El tejido conectivo también muestra cambios degenerativos caracterizados por una reducción de la cantidad de células del estroma y de fibras de colágeno. (Bland y Copeland, 2017)

La mama de la mujer nulípara tiene una configuración hemisférica típica con un aplanamiento característico sobre el pezón. Las mamas de las multíparas, que experimentaron la estimulación hormonal asociada con el embarazo y la lactancia, suelen ser más grandes y más pendulares. Como ya se mencionó, durante el embarazo y la lactancia las mamas aumentan notablemente de tamaño y se tornan más pendulares. Luego, con el paso de los años, en general pierden volumen, se tornan algo aplanadas y pendulares y su firmeza disminuye. (Bland y Copeland, 2017)

La glándula mamaria está compuesta de un sistema epitelial de conductos y unidades secretoras lobulillo-alveolares embebidas en una almohadilla adiposa derivada del parénquima. El crecimiento y la morfogénesis de las estructuras epiteliales de la mama se producen en varias etapas, se asocian con cambios hormonales concomitantes y están sujetos de las hormonas sistémicas sobre el epitelio glandular, así como los efectos paracrinos de los factores de crecimiento de origen local y otros productos regulatorios producidos en la estroma. Es esencial apreciar las relaciones del epitelio con el mesénquima en el crecimiento normal para

comprender las anomalías del desarrollo y los factores que conducen a las enfermedades. (Bland y Copeland, 2017)

Los tejidos mamarios están conectados, además, con un grupo de ganglios linfáticos, localizados en la axila. Estos ganglios son claves para el diagnóstico del cáncer de mama, puesto que las células cancerosas se extienden a otras zonas del organismo a través del sistema linfático. Cuando se habla de ganglio centinela se alude, precisamente, al ganglio más cercano al lugar donde se localiza el cáncer. (Bland y Copeland, 2017)

### ***Fisiología de la mama.***

La función principal de la mama durante la gestación es prepararse para la producción de leche; la proporción adecuada de progesterona con los estrógenos y sus concentraciones absolutas, son los factores que causan el desarrollo y aumento de volumen de la mama. La adenohipófisis contribuye a la preparación de la mama para la producción de leche, por medio de liberación de sustancias que junto con los estrógenos, estimulan el crecimiento de los conductos lactíferos y alveolos. (Compendio Patología Mamaria, 2012)

Al considerar la fisiología de la mama, es importante tener una idea general de los factores que siguen el desarrollo y los cambios cíclicos normales en la mujer adulta, al igual que los factores que gobiernan la lactancia. En términos generales, se acepta que el factor más importante en el desarrollo de la mama está determinada por la función ovárica, esto es por las hormonas ováricas. (Compendio Patología Mamaria, 2012)

Después de la menopausia, las glándulas mamarias se atrofian gradualmente al faltarles la estimulación hormonal ovárica. Las células alveolares se degeneran y desaparecen por completo junto con la gran mayoría de los lobulillos. Se modifica también el estroma conjuntivo que se

hace más homogéneo, con fibroblastos, hasta persistir sólo en edades avanzadas, por la desaparición total del tejido adiposo.

### ***Examen clínico.***

La mayoría de autores coinciden que es conveniente practicar el examen en fase pos menstrual y con buena iluminación. En ese tiempo los cambios son mínimos. La inspección estática se realiza con la paciente sentada frente al examinador y con los brazos hacia abajo, de esta manera observamos el número, la forma, tamaño y simetría, presencia de cicatrices, alteraciones del complejo areola – pezón, lesiones descamativas, inflamatorias, abultamiento y alteraciones en la piel.

A continuación se realiza la inspección dinámica, elevando los brazos sobre la cabeza e inclinando el tronco hacia adelante, con otros movimientos que contraigan la musculatura torácica, poniéndose de esta manera de manifiesto abultamientos, retracciones o deformidades de la piel que no se evidenciaron en la observación anterior. (Hernández, et al. 2012)

La palpación se comienza por las regiones de drenaje linfático, cervicales inferiores, supraclaviculares y axilares, colocando los músculos pectorales relajados, lo cual se consigue teniendo el brazo de la paciente sostenido con la mano o apoyado en el hombro del examinador.

Si se palpan ganglios, debemos precisar: tamaño, número, consistencia y movilidad.

Se continúa con la paciente acostada y las manos detrás de la cabeza. La palpación se realiza con la yema de los dedos, movimientos circulares y en toda la extensión de la mama. (Hernández, et al. 2012)

### ***Glándulas mamarias – Desarrollo anormal.***

Las masas o protuberancias son usualmente ocasionados por cambios fibroquísticos, por fibroadenomas y por quistes y pueden aparecer a cualquier edad:

Los bebés por ejemplo, de ambos sexos pueden presentar protuberancias mamarias a raíz de los estrógenos de sus madres cuando nacen. La protuberancia por lo general desaparecerá por sí sola a medida que el estrógeno desaparezca del cuerpo del bebé.

Las niñas pequeñas usualmente desarrollan “brotes mamarios” que aparecen justo antes del comienzo de la pubertad. Estas protuberancias pueden ser sensibles y son comunes hacia los nueve años, pero pueden aparecer hasta los seis años de edad. (Bland y Copeland, 2017)

Los adolescentes varones pueden desarrollar masas o agrandamiento de las mamas debido a los cambios hormonales que se presentan a mediados de la pubertad. Aunque esto puede ser angustiante para los niños, estas masas o protuberancias casi siempre desaparecen por sí solas al cabo de unos meses.

Cada día, las células en el cuerpo se dividen, crecen y mueren. La mayoría del tiempo las células crecen de una manera ordenada. Pero algunas veces las células crecen fuera de control. Este crecimiento descontrolado de las células forma una masa llamada tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos.

Es importante mencionar los factores de riesgo asociados al cáncer de mama en el Perú. Entre los cuales prevalecen: menarquia temprana, menopausia tardía, edad tardía al primer hijo, mujeres que no dieron de lactar, historia familiar, antecedente de hiperplasia atípica, obesidad posmenopáusica, consumo de alcohol, exposición a radiación ionizante, uso

de terapia de reemplazo hormonal, uso de anticonceptivos hormonales y dietiestillbestrol. En un estudio realizado en el hospital Arzobispo Loayza concluyeron que en mujeres pre-menopáusicas se ha encontrado una asociación inversa entre el peso y el riesgo de cáncer de mama. Sin embargo en mujeres posmenopáusicas la mayoría reporta un riesgo incrementado de desarrollar cáncer mamario. Se postula que las mujeres obesas pre-menopáusicas podrían tener un mayor grado de anovulación, resultando en menores niveles de progesterona y estradiol, conduciendo a tasas bajas de división de células mamarias y consecuentemente menor riesgo de cáncer. Por otro lado las mujeres obesas postmenopáusicas podrían tener su riesgo incrementado debido a los altos niveles de estrógeno circulante secundario al incremento de la conversión de andrógenos en estrógeno por el tejido adiposo y una alta proporción de estrógeno biodisponible debido a los bajos niveles de la globulina transportadora de hormonas sexuales producida por la obesidad. Libro de Resúmenes FELSOCEM (2011).

Las enfermedades benignas de la mama comprenden un grupo heterogéneo y la mayoría de ellas se relacionan con alteraciones fibroquísticas de carácter benigno. En general se admite que estas enfermedades son frecuentes. Por lo común, se acepta que el 90% de las mujeres experimentan alteraciones fibroquísticas y que estas resultan más acusadas en la edad fértil. (Bland y Copeland, 2017)

### ***Síntomas – Tumor benigno de mama.***

Existe una triada sintomática característica de las enfermedades benignas de la glándula mamaria, que son: mastalgia, nódulo y descarga del pezón.

La mastalgia aparece cuando el dolor no es de origen fisiológico y cuando existe una lesión histológica identificable se habla de mastalgia patológica. Pueden tener origen postraumático, ectasia ductal, cáncer de

mama, asociada a medicamentos, tumores benignos, infecciones mamarias, refleja y cambios hormonales.

Los nódulos también tienen ciertas características; son benignos cuando en:

Número son múltiples.

Forma son pequeños.

Consistencia son blandos.

En bordes son definidos.

Sensibilidad son dolorosos.

El estado de la piel es normal.

Movilidad son móviles.

Las descargas del pezón pueden ser: lácteas, multicoloreadas, purulentas, acuosas, serosas, serohemáticas, hemáticas. Son en su mayoría unilaterales, y sólo el 2.5% son bilaterales. En el 24.5% no se detecta patología. (Bland y Copeland, 2017)

### ***Tipos de tumores***

Desde el punto de vista de Patología de Lesiones Benignas se clasifican en:

#### ***Lesión no Proliferativa.***

Enfermedad Fibroquística de la mama.

Trastornos de los ductos mamarios.

Ectasia ductal.

Hiperplasia epitelial ductal leve.

Tumores del estroma.

Fibroadenoma.

Tumor filoides.

#### ***Lesión Proliferativa.***

Lesión Proliferativa sin atipia.

Adenosis esclerosante.

Papiloma intraductal.  
Hiperplasia ductal moderada.  
Lesión Proliferativa con atipia.  
Hiperplasia lobular atípica.  
Hiperplasia ductal atípica

Desde el punto de vista semiológico se clasifican en:

Microquistes o Macroquistes.

Tumoraciones (nodulaciones).

Fibroadenomas.

Enfermedad fibroquística.

Cistosarcoma filoides.

*Mastalgia.*

Cíclica.

No cíclica.

*Secreción por el pezón.*

Galactorrea.

Sanguinolenta.

Papiloma intraductal.

Carcinoma intraductal.

Otras.

Ectasia ductal.

Enfermedad fibroquística. (Díaz, 2015)

En esta investigación por temas didácticos y por la presencia de que el tumor benigno más frecuente en mujeres se encuentra en este grupo, estudiaremos las tumoraciones desde el punto de vista semiológico, presentándolo como dimensiones del estudio:

### ***Dimensión fibroadenomas.***

Es el tumor benigno de la mama por excelencia. Es típico en mujeres jóvenes donde representa el 26% de la patología mamaria, en la población general representa el 10%. Son masas no cancerosas, es muy extraño que malignicen y rara vez crece más allá de cuatro centímetros, aunque ha habido casos de quince centímetros. (WebConsultas, 2017)

Aparece en mujeres jóvenes, menores de 35 años, siendo el pico de incidencia en la tercera década de la vida. Raro en mujeres mayores de 60 años. Los casos que se han descubierto entre los 55 y 60 años se han reportado como lesiones antiguas recién descubiertas que se ponen en evidencia por la atrofia glandular y el aumento del tejido graso propio de la edad (Webconsultas 2017)

Debuta como un nódulo mamario indoloro ovoide, en la exploración surge el diagnóstico: es duro pero elástico, no rígido, no duele al tacto y se desliza dentro de la mama porque no tiene adhesiones a planos profundos o superiores. Se puede confirmar con ecografía, donde se verá una lesión única, bien definida, sólida y móvil. (WebConsultas, 2017)

Se considera que en su génesis hay un importante componente endocrino. Experimentalmente se los ha producido en ratas por la administración de estrógenos y en la mujer pueden asociarse a displasia. (Gori, *et al.* 2016).

Entonces la etiología estaría influenciada básicamente por los estrógenos, ya que es susceptible en tejido mamario. (Díaz, 2015)

Puede crecer en tamaño, especialmente durante el embarazo, y la lactancia al sufrir modificaciones hiperplásicas y secretantes, a menudo se vuelve más pequeño después de la menopausia si es que no se toman hormonas, pero no desaparece. Aunque se han encontrado casos en

mujeres postmenopáusicas Si se quiere afinar el diagnóstico se realiza una punción. (Berek y Neville, 2012)

Con este tipo de tumores se debe tener una conducta expectante y solo se recomienda cirugía en caso de crecimiento sostenido, dolor mamario o preocupación de la paciente. El tumor puede ser extirpado quirúrgicamente en el momento de una biopsia abierta, que es la biopsia por escisión. (WebConsultas, 2017)

### ***Clínica***

Se presenta como un nódulo de tamaño variable, bien delimitado, móvil e indoloro, no adherente a la piel ni a los planos profundos. Su consistencia es firme y elástica, aunque puede ser blanda cuando hay una extensa mucoidosis de su componente conectivo y puede llegar a ser pétreo si está calcificado; la superficie es normalmente lisa o lobulada. (Gori, *et al.* 2016)

### ***Diagnóstico.***

En una mujer joven el diagnóstico es fácil, pues se palpa un nódulo duro, móvil, delimitado e indoloro el diagnóstico clínico diferencial con un carcinoma se basa en que éste carece de movilidad, forma cuerpo con la glándula y puede ser adherente a la piel o a la profundidad. La diferencia con un quiste, que también es bien delimitado, se hace principalmente por su renitencia y con un nódulo adenósico dominante porque éste puede tener una variación cíclica de su volumen. De todas maneras, su diagnóstico definitivo se establece siempre mediante la biopsia del nódulo. (Gori, *et al.* 2016)

*Con respecto a la dimensión fibroadenomas se tomaron los siguientes indicadores:*

*Ausencia de dolor.* Los fibroadenomas pueden ser dolorosos, pero el cáncer de mama es raro, aunque el dolor no excluye la posibilidad del cáncer de mama.

*Consistencia de tumor.* El fibroadenoma se mueve bajo la piel y generalmente es indoloro. A menudo, estos tumores se presentan como nódulos de consistencia dura o elástica.

*Rapidez de crecimiento.* Los fibroadenomas son más frecuentes durante los años reproductivos, pueden aumentar en el tamaño durante el embarazo o durante el tratamiento de estrógeno y disminuir después de la menopausia, cuando la estimulación de los estrógenos disminuye. (Fisioterapia para todos, 2015)

### ***Dimensión fibroquística.***

El término se refiere a una diversidad de signos y síntomas clínicos, y cambios histológicos, y es impreciso. La importancia clínica, la relación con el cáncer y el tratamiento de este problema suelen comprenderse mal. Aunque antes era usual emplear la denominación displasia mamaria, ésta causa confusión. (Berek y Neville, 2012)

También denominada adenosis, displasia mamaria o condición fibroquística. Es un conjunto de alteraciones naturales del contenido de las mamas. La causa son los ciclos hormonales que existen a lo largo de la vida de la mujer. (WebConsultas, 2017)

La parte esencial de la valoración de la mujer con síntomas de enfermedad fibroquística mamaria es descartar un cáncer, porque el diagnóstico de la primera es de poca importancia desde otros puntos de vista. (Berek y Neville, 2012)

La valoración de una mujer con posible enfermedad fibroquística debe descartar el cáncer. Si la exploración física revela modularidad difusa, sobre todo en los cuadrantes superiores externos sin predominio de una masa, todo lo que se requiere es una mamografía y la repetición de la exploración en el siguiente ciclo menstrual. Si se identifica una masa dominante, es imperativa la biopsia si aquella no se resuelve de manera espontánea. (Berek y Neville, 2012)

Las características histológicas de la enfermedad fibroquística son muy variables. Los quistes típicos son lisos de contenido líquido azul verdoso o amarillo por lo general de múltiples y de diversos tamaños. (Berek y Neville, 2012)

Se diagnostica aproximadamente en el 50% de las mujeres en el mundo. En la clínica se puede evidenciar: mastalgia, nodularidad mamaria, hipersensibilidad mamaria, nódulos dominantes. No se considera una enfermedad, sólo son cambios de la mama que no predisponen al cáncer se diferencian en varios periodos: (WebConsultas, 2017)

*Periodos deficitario u hormonal*, se produce entre los 15 y los 30 años y siempre en las dos mamas, que se someten a alteraciones hormonales, principalmente aumento de estrógenos o disminución de la progesterona. Lo más característico es el dolor mamario o mastodinia, sobre todo en el periodo menstrual, donde las mamas duelen y parecen estar llenas. Pueden aparecer nódulos o bultos mamarios fisiológicos. (WebConsultas, 2017)

*Periodo proliferativo*, Se da entre los 35 y 45 años, la alteración hormonal es la misma pero comienzan a aparecer induraciones no dolorosas. Parecen placas duras y fibrosas que están en ambas mamas y no suponen un riesgo para padecer cáncer. (WebConsultas, 2017)

*Periodo involutivo*, la mujer no está en edad fértil, no hay lesiones nuevas y las anteriores evolucionan. Las induraciones forman quistes únicos y, en general, las lesiones ya no tienen por qué ser bilaterales. Hay factores que pueden potenciar todos estos cambios descritos, como la ingesta de bebidas estimulantes y las grasas saturadas. Además se sospecha cierta base genética que predisponen a las mamas a tener esta condición fibroquística más o menos acentuada. Tampoco existe un tratamiento para ello, en principio se tomarán analgésicos y antiinflamatorios si hay dolor. Sólo cuando la exploración mamográfica es sospechosa se requiere biopsia. (WebConsultas, 2017)

La enfermedad fibroquística de la mama engloba varias alteraciones histológicas:

Micro y macroquistes.

Metaplasia apocrina.

Hiperplasias epiteliales.

Adenosis.

Esclerosis.

La resolución es espontánea en el 20 a 50% de los casos. El tratamiento puede resultar en psicológico y nutricional con la exclusión de metilxantinas en la dieta. (Díaz, 2015)

*Con respecto a la dimensión fibroquística se tomaron los siguientes indicadores:*

*Dolor.* El dolor mamario comúnmente aparece y desaparece, pero puede durar a través de todo el ciclo menstrual. (Valea, 2017)

*Secreción del pezón.* Algunas mujeres tendrán secreción del pezón. Si dicha secreción puede ser transparente, roja o con sangre.

### ***Dimensión Cistosarcoma filoides.***

Actualmente llamados tumores filoides, son tumores poco frecuentes de los senos que, al igual que un Fibroadenoma, contienen dos tipos de tejido mamario: tejido estromal (conectivo) y tejido glandular (lobulillo y conducto). (Compendio de Patología Mamaria, 2012)

El término de Cistosarcoma filoides fue originalmente impuesto por J. Müller en 1838. Etimológicamente el término de Cistosarcoma filoides viene de Ciste prefijo griego que indica relación con una vejiga quiste o saco y sarcoma que antiguamente se le daba la acepción de tumor carnososo pero actualmente significa tumor maligno de origen mesenquimatoso, la palabra filoides se forma de filón prefijo griego que indica relación con hoja u hoja y eidos que significa forma; se usa para describir tumores de aspecto lobulado. El término, tomado desde el punto de vista etimológico describiría entonces una tumoración carnosa, quística de forma lobulada. Existe una forma maligna que no será descrita en el presente proyecto, que a pesar que se ha propuesto nuevos términos para designarla, los autores no se han puesto de acuerdo y se designa así a las formas malignas y benignas. La diferencia se hará microscópicamente. (Benitez, 2017)

Desde la descripción de Müller, el término de cistosarcoma ha provocado confusión en el sentido de considerarlo como tumor maligno. Desde el punto de vista de su evolución y carácter morfológico microscópico se distinguen las variedades benigna, maligna y casos limítrofes. Se reconoce a este tumor por su comportamiento clínico, caracterizado por una presencia tumoral ya existente de larga evolución, que en forma intempestiva y rápida aumenta sus dimensiones hasta alcanzar un gran volumen ocupando en ocasiones toda la glándula, confiriéndole un aspecto característico. (Compendio de Patología Mamaria, 2012)

En ocasiones no es posible determinar la existencia de un tumor previo. El rápido crecimiento y su particular apariencia dominan el cuadro clínico. La mayoría son benignos, sólo el 10% pueden ser malignos. En clínica los tumores filoides tienden a ocurrir en el quinto a sextos decenios de la vida. Estas lesiones rara vez son bilaterales y casi siempre aparecen como masas aisladas difíciles de distinguir por clínica de los fibroadenomas. El tamaño no es un criterio diagnóstico aunque los tumores filoides tienen a ser mayores que los fibroadenomas, tal vez por su rápido crecimiento. La presentación clínica es una masa no dolorosa en la mama. Puede haber ganglios palpables pero son por hiperreactividad no por metástasis. (Compendio de Patología Mamaria, 2012)

Al microscopio, la diferencia principal entre los fibroadenomas y los tumores filoides consiste en que los tumores filoides presentan un sobre crecimiento del tejido conectivo. Las células que componen la parte del tejido conectivo pueden tener un aspecto anormal cuando se observan con un microscopio. Según la apariencia de las células, los tumores filoides pueden clasificarse como benignos, malignos o limítrofes. Y se pueden comportar de manera muy distinta. Algunas veces, pueden regresar en el mismo lugar si son extirpados sin que se haya tomado suficiente tejido normal circundante. Por esta razón, estos tumores se tratan mediante la extirpación del tumor y al menos 1 cm de área del tejido mamario normal que rodea al tumor. (Compendio de Patología Mamaria, 2012)

### ***Métodos diagnósticos.***

*Ecografía:* Estudio operador dependiente, al tener un reducido campo de vista, y ser causa de una gran cantidad de hallazgos falsos positivos y falsos negativos, su utilidad en la detección es motivo de estudio, por lo que su empleo se limita a que exista una evaluación complementaria de masas identificadas en mamografía o en palpación; guías de procedimientos intervencionista, evaluación de anomalías de implantes mamarios.

*Mamografía:* Permite la visualización del aspecto anterior del músculo pectoral, o en su defecto.

*Resonancia Magnética Nuclear:* Un método complementario a la mamografía y al ultrasonido. Tiene alta sensibilidad para la detección del cáncer de mama invasivo. (Hernández, *et al.* 2012)

### ***Tumores benignos y cáncer.***

Las tumoraciones benignas de la mama engloban una serie de lesiones clínicas e histopatológicas. Algunos autores como Dupont y Page, Carter y London, entre otros han establecido una clara asociación entre ciertas enfermedades benignas y el riesgo para desarrollar cáncer de mama. Diversos factores se encuentran involucrados en el riesgo de contraer cáncer de mama:

Los estrógenos endógenos: la edad de la menarquía, edad al primer nacido vivo, edad de inicio de la menopausia y niveles de estrógenos en sangre.

Los estrógenos exógenos: el uso de hormonas combinadas y, en menor grado, los anticonceptivos orales cuyo efecto sigue siendo controversial.

Las mutaciones genéticas, a las que se les atribuyen entre el 5% y el 15% de todos los casos de cáncer de mama.

Estilos de vida y dieta, entre los que destacan la ingesta de grasa y el alcohol, así como la obesidad, son factores importantes.

Según Shoker y colaboradores, se observa un incremento del número de células receptoras de estrógeno en fibroadenoma y tumores filoides. Por lo tanto se atribuye un riesgo ligeramente aumentado para contraer cáncer invasivo de mama. (Hernández, *et al.* 2012)

*Con respecto a la dimensión filoides se tomaron los siguientes indicadores:*

*Herida en zona de tumor.* Ya sea que se trate de un tumor filoides benigno, ambiguo o maligno, puede provocar la formación de una úlcera o herida abierta en la piel de la mama.

*Rápido crecimiento y tamaño.* Los tumores filoides tienden a crecer rápidamente, en el transcurso de unas semanas o unos meses, hasta un tamaño de 2 a 3 cm, o a veces un tamaño mayor. Este rápido crecimiento no significa necesariamente que el tumor filoides sea maligno; los tumores benignos también pueden crecer rápidamente.

Tal como sucede con otros tipos de tumores poco comunes en las mamas, los filoides pueden ser difíciles de diagnosticar porque los médicos no se encuentran con estos casos con tanta frecuencia. Además, un tumor filoides puede tener la apariencia de un tipo más común de tumor llamado fibroadenoma. El fibroadenoma es un bulto sólido y creciente de células normales de la mama. Es el tipo más común de tumor mamario, especialmente entre mujeres jóvenes. (breastcancer, 2015)

### **2.1.3 Teoría de enfermería: Nola Pender**

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud, para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

Las características y experiencias individuales.

La cognición y motivaciones específicas de la conducta.

El resultado conductual.

Este modelo es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de la salud.

Permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, oriente hacia la generación de conductas saludables.

Relacionada a esta investigación ya que identifica conceptos relevantes sobre conductas del ser humano, básicamente estilos de vida, que terminan siendo favorecedoras o no de salud. Pender menciona así; “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”. Según este modelo entonces: los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos – perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que nos llevan a comportamientos o actitudes determinadas y que a su vez recae en la toma de decisiones positivas llamadas salud o negativas llamadas enfermedad.

Este modelo se basa a su vez de tres teorías importantes que tienen alta relevancia para la investigación. La teoría Razonada que la cual menciona el deseo del paciente de mejorar su conducta; si no hay intención, no hay resultado. La teoría Planteada: esta menciona que habrá un mejor resultado, si el paciente tiene la seguridad y control sobre sus propias conductas. Y por

último la teoría Social – Cognitiva: la define como autoeficacia, factor influyente en el funcionamiento humano.

Según Pender, puntos muy importantes y relacionados a esta investigación, menciona creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas. Siendo así:

- Los resultados esperados, proporciona motivación para adquirir una conducta, conducta que puede influenciar en otras personas y ser imitada de forma positiva.
- Existen barreras para la toma de decisiones, es importante identificar las dificultades y disminuir los riesgos para lograr mejorar la calidad de vida.
- Si una persona se cree a sí misma eficiente, tendrá una conducta repetida y positiva. La persona será capaz de auto regular sus propias acciones.
- Los sentimientos positivos o negativos son clave para identificar la conducta que necesita modificarse.
- El entorno es importante para las conductas de salud, tener apoyo y aceptación brindará confianza para los comportamientos saludables.
- La edad influenciará drásticamente en las conductas de salud, lo cual nos permitirá tener un enfoque diferente para cada atención por rango de edad.
- El género es sin duda un determinante del comportamiento.
- La idiosincrasia de cada cultura puede ser uno de los factores más complejos de cambiar.
- El factor socio económico va a resultar bastante variable y muchas veces difícil de poder obtener un estilo de vida saludable por los limitados recursos económicos.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender resulta una guía para la observación de conductas, costumbres, actitudes que conlleven a un estilo de vida saludable o influyan de forma negativa en las personas. Sin duda destinada a mejorar la calidad de vida.

## **2.2.- Estudios Previos**

A continuación, se presentan algunos estudios relacionados al tema de investigación:

### **2.2.1 Estudios previos nacionales.**

Marreros y Contreras (2013) Lima. Realizaron un estudio titulado “Patología benigna mamaria en pacientes del servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima Perú 2013. El objetivo del presente estudio fue determinar la patología mamaria benigna más frecuente según diagnóstico histopatológico y sus características. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, entre Enero y Diciembre del 2012, se relacionó la patología con localización, tamaño e intervalo de edad más frecuente. En 175 pacientes, la patología tumoral benigna más frecuente fue el Fibroadenoma en 61 casos, con más presencia entre 10 y 39 años. El tumor fue único en 158 casos, siendo la mama izquierda la más afectada en 84 pacientes (48%), con tumoraciones que oscilaron entre 1 y 3 cm (60% del total), y los radios de localización 2, 3 y 10 los más comprometidos. Se concluyó que la patología tumoral benigna más frecuente fue el Fibroadenoma, siendo necesario su hallazgo y un examen anatomopatológico, para poder establecer diagnóstico diferencial con carcinoma.

Tello (2014) Lima, en su estudio acerca de la “Relación de los hábitos alimentarios y el desarrollo del cáncer de mama en pacientes adultas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a febrero del año 2014”. El objetivo de esta tesis fue determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y el cáncer de mama en las pacientes hospitalizadas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Metodológicamente corresponde a un estudio descriptivo y correlacional. En este estudio se incluyeron cincuenta pacientes adultas hospitalizadas, mayores de 18 años,

Las cuales fueron seleccionadas aleatoriamente. Se utilizó como técnica una entrevista y como instrumento un cuestionario con una lista de alimentos que tuvo como objetivo identificar la frecuencia de consumo de alimentos. En el presente trabajo de investigación se concluye que los hábitos alimentarios en la población sujeta a estudio son poco saludables, encontrándose un mayor consumo de alimentos con alto contenido de grasa y un bajo consumo de frutas y verduras, hecho que se relaciona significativamente con el desarrollo del cáncer de mama.

Medina (2013) Tacna, en su estudio acerca de “Nivel de conocimiento de prevención del cáncer y su relación con los estilos de vida en los estudiantes de educación de la UNJBG Tacna- 2012”. Es una investigación de tipo descriptivo correlacional, Transversal; cuyo objetivo fue determinarlos el nivel de conocimientos y la relación que existe con los estilos de vida de los estudiantes de educación. Para la determinación de la población, la muestra estuvo constituida por 252 estudiantes de educación de 1er año a 5to año y se elaboró 2 instrumentos para cada variable y se realizó la validez de los mismos por los expertos. Las conclusiones fueron que el nivel de conocimiento de prevención del cáncer se relaciona con los estilos de vida ( $P < 0,05$ ), sin embargo la mayoría de estudiantes de educación tienen un conocimiento medio de prevención de cáncer y los estilos de vida en su mayoría son medianamente saludables, siendo en un menor porcentaje los que tienen un estilo de vida saludable, esto resulta preocupante ya que están podrían estar próximos a tener estilos de vida no saludables, ya las actividades académicas como otros factores sociales intervienen en el comportamiento de la persona así como también el poco impacto del sector de salud en cuando a promover la prevención del cáncer.

Taco y Vargas (2015) Arequipa, en su estudio acerca de “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el distrito de Polobaya. Arequipa 2015”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del distrito de Polobaya, Arequipa 2015. El

presente estudio de investigación es de tipo Cuantitativo, diseño correlacional, corte transversal. Los resultados muestran que el 70% de los adultos mayores tiene un Estilo de Vida No Saludable, mientras que sólo un 30% lleva un Estilo de Vida Saludable. En cuanto al Estado Nutricional, el 62.5% presenta Sobrepeso seguidamente de un 35% con Estado Nutricional Normal. Se concluye que la población de estudio estuvo conformada por 80 adultos mayores predominando el sexo masculino, casados, con estudios primarios, ocupación independiente y más de la mitad no padecen una enfermedad diagnosticada. No existe relación estadísticamente significativa entre el Estilo de Vida y el Estado Nutricional en los adultos mayores del distrito de Polobaya.

### **2.2.2. Estudios previos internacionales.**

Amse y Nieto (2017) Argentina, presentaron su estudio acerca del “Índice de estilos de vida y riesgo de presentar cáncer de mama en mujeres de Córdoba, Argentina 2008-2016”. El objetivo de esta investigación fue identificar la influencia del Índice de Estilos de Vida sobre el riesgo de presentar Cáncer de mama, en mujeres adultas de la provincia de Córdoba, durante el período. El estudio de tipo caso-control, conformado por una muestra de 912 mujeres (346 casos y 566 controles). Se valoraron medidas antropométricas y se indagaron con una encuesta validada características bio-socioculturales, alimentario- nutricional y otros hábitos. Se realizaron análisis descriptivos y estimaciones de riesgo mediante modelos de regresión logística múltiple. Como resultados se obtuvo que: Por cada unidad de aumento en el score, las mujeres presentaron un 13% menos riesgo de presentar CM (OR: 0,87;  $p < 0,05$ ). Además, las que obtuvieron un score entre 9 y 12, presentaron un 52% menos de riesgo (OR: 0,48;  $p < 0,05$ ), y las que tuvieron un score mayor a 12, casi un 90% menos de riesgo (OR: 0,11;  $p < 0,05$ ). Se concluyó que un bajo score en el Índice de Estilos de Vida

influye en un mayor riesgo de presentar Cáncer de mama. El cumplimiento de sus recomendaciones podría prevenir la ocurrencia de la enfermedad.

Quevedo y Meneses (2015) Guatemala, presentaron su estudio acerca de "Patología Mamaria", en el Hospital General San Juan de Dios, de Enero a Diciembre del 2012; dicha investigación tuvo como objetivo describir la patología mamaria y las características de pacientes con signos o síntomas de problemas mamarios. El estudio fue de tipo descriptivo, se estudiaron a todas las pacientes que su motivo de consulta fue por signos y síntomas en mama o bien que al examen físico presentaron patología, en las clínicas de consulta externa del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios el año 2012. Se recopiló datos de 70 registros clínicos, que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión. Los hallazgos se encontraron que el grupo de edad fue entre 30 y 40 años de edad, la más joven de 14 años y la mayor de 88 años. El 56% son amas de casa, el 9% estudiantes, un 95% de analfabetas, el 60% son casadas, el 78% sin planificación familiar, el 49% procedían de la capital y el resto de otros departamentos. De las 70 pacientes al 99% se les realizó Ultrasonografía de los cuales el resultado fue el 35% normal, el 62% reportó hallazgos benignos y un 3% que equivale a dos pacientes con resultado sugestivo maligno, se les efectuó biopsia. A 9 pacientes se les realizó mamografía, principalmente por ser mayores de 40 años, con resultados de BI RADS I (13%) y II (88%). A 11 pacientes se les realizó biopsia, 10 con hallazgos benignos al ultrasonido, y una (10%) resultó con malignidad.

Martínez, et al. (2015) Nicaragua, en su estudio acerca de la "Evaluación del estado nutricional y su relación con los Hábitos alimentarios y estilos de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino de 40 a 60 años de edad, internadas en el albergue del Hospital Bertha Calderón Roque, Noviembre 2014". El presente estudio es descriptivo de corte transversal; en el que se recolectó información para determinar el estado nutricional y su relación con los hábitos alimentarios y estilos de vida

en pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino de 40 a 60 años de edad, internadas en el albergue del hospital Bertha Calderón Roque, noviembre 2014. Los objetivos del estudio se enfocan en caracterizar socio-demográficamente, describir las características socio-económicas, analizar del expediente clínico los estudios de laboratorios, imágenes, y estadios, clasificar el estado nutricional, determinar los hábitos alimentarios e identificar los estilos de vida de las pacientes. La información se obtuvo mediante una entrevista para lo cual se diseñó una lista de preguntas abordando los objetivos del estudio; se realizó de manera personal a cada una de las participantes, una vez obtenida la información se prosiguió a procesar la información para luego plasmarla debidamente en tablas y gráficos estadísticos. Los principales hallazgos encontrados en este estudio son: el 100% presenta antecedentes familiares de esta enfermedad, en la escolaridad el 45 % son analfabeta; el ingreso económico mensual oscila entre 2500 y 3499 córdobas destinando para la compra de alimentos menos de 1000 córdobas al mes. El estado nutricional en un 45% esta normal según el IMC. El patrón alimentario de las pacientes en estudio es el siguiente: los grupos de alimentos que más consumen son los cereales (Arroz, Tortilla, Frijoles y pan), grasas (Aceite Vegetal) y azúcares (Azúcar), cabe recalcar que el consumo de estos alimentos son proporcionados por el hospital; por lo que no tienen acceso a consumir los otros grupos de alimentos por su situación socio – económica, y por qué se les prohíbe la entrada de alimentos al albergue. En cuanto al estilo de vida, en un 65% son sedentarias, el 95% no consume bebidas alcohólicas y el 100% no fuma cigarrillos.

Nápoles (2013) Cuba, realizó un estudio titulado: “Atención a pacientes con afecciones benignas de la mama durante 11 años”, Se realizó un estudio de 1551 pacientes con afecciones benignas de la mama, atendidas en el Hospital Provincial Docente "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba, con vistas a mostrar las características clínicas y el tratamiento de estas afecciones. En la serie predominó la displasia mamaria

en sus formas fibrosa (39,3 %), adenosis (27,7) y quística (16,6 %), seguidas del fibroadenoma (12,8 %). El dolor prevaleció en todas las féminas con fibrosis; el nódulo, en todas aquellas con fibroadenomas, quiste y papiloma. La descarga por el pezón, estuvo presente en 100 % de las que presentaron ectasia y papiloma, así como también en 75 % de las que afectadas por adenosis. Se aplicó tratamiento higiénico-dietético y hormonal a 83,7 y a 53,1 % de las integrantes de la serie, respectivamente. El estudio fue descriptivo, observacional y retrospectivo. Se concluye que las afecciones benignas de la mama, constituyen una causa importante de morbilidad en las mujeres de cualquier edad.

Chacón y Moreno (2013) Guayaquil - Ecuador, realizaron un estudio titulado "Incidencia de lesiones benignas de mama en pacientes 30-40 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil de Abril 2012 – Enero 2013", En el análisis que se realizó de 52 historias clínicas del archivo de estadísticas del hospital Teodoro Maldonado Carbo Guayaquil se puede decir que existe una mayor incidencia de lesión mamaria benigna en pacientes de 32-33 años con un 27%, por sus antecedentes gineco-obstétricos las que más lesiones presentan son las que tienen de 1-3 gestas, el síntomas por el cual más consultan las mujeres es por la presencia de un nódulo, y la mama en la que se localiza es en la derecha.

Gálvez (2013) Cuba, en su estudio acerca de la "Repercusión social del modo y los estilos de vida en la prevención del cáncer de mama". El presente trabajo se corresponde con una revisión bibliográfica sobre la repercusión social del modo y los estilos de vida en la prevención del cáncer de mama, con el objetivo de analizar como repercuten estas dos determinantes de salud en la prevención de esta enfermedad. Se utilizó en su realización métodos teóricos, con un enfoque socio – histórico y lógico en el análisis y síntesis documental relacionada con las diversas revisiones realizadas a literaturas nacionales e internacionales. Se pudo concluir que los cambios positivos en los estilos de vida de la mujer tienen un resultado

beneficioso en la prevención del cáncer de mama, las alteraciones psicológicas, familiares, laborales, económicas así como la pérdida de años productivos y socialmente activos, que provoca el diagnóstico de cáncer de mama en la mujer, se pueden disminuir con cambios en los estilos de vida y práctica de conductas preventivas, la labor educativa para formar o modificar el modo y estilo de vida y proteger la salud, se debe desarrollar con la familia, al fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de esta, se mejoran aspectos como el nivel educacional, que permiten realizar de forma más factible, las labores de promoción de salud y prevención del cáncer de mama.

Medina y Morocho (2012) Cuenca – Ecuador, realizaron un estudio titulado: “Incidencia de Patología mamaria, diagnosticada por mamografía, de acuerdo a la clasificación BI-RADS, en pacientes que acuden al hospital del día, Instituto Ecuatoriano de seguridad social, Azogues Julio – Diciembre 2012”, el objetivo principal fue determinar la incidencia de patología mamaria diagnosticada por mamografía de acuerdo a la clasificación BI-RADS. El universo fueron todas las pacientes que acudieron al Departamento de Imagenología del Hospital del Día IESS Azogues, en el periodo de Julio – Diciembre del 2012, el tamaño muestral fue de 535 pacientes. Según las variables en relación a su: edad, número de hijos, ingesta hormonal, antecedentes hereditarios, el procesamiento y análisis de los resultados se realizó en el programa SPSS versión 20. De los 535 pacientes la edad mínima de las que se realizaron la mamografía fue de 33 años y máxima de 87 años. El 27% que recibieron tratamiento hormonal resultaron BI.RADS 2 y el 04% BI-RADS 3. Se concluyó en la investigación que solo se encontró correlación estadística, entre la paridad y BIRADS 2 Y 3.

Jahnier (2012) Colombia, realizaron un estudio titulado: “Estudio comparativo de la frecuencia de tumores mamarios según sexo, edad y tipo histológico en caninos y humanos en los laboratorios de patología anatómica de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá”. El objetivo de este

estudio fue describir la frecuencia de los tumores mamarios en hembras caninas utilizando una clasificación actualizada y comparar la casuística de estos tumores según género, edad y tipo histológico entre los laboratorios de patología anatómica de las facultades de Medicina Veterinaria y de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. . La clasificación siguió los lineamientos de Goldschmidt et al. Y, como fuente comparativa de los tumores mamarios en humanos, se empleó el estudio de Cabarcas. Se analizaron 196 casos provenientes de los archivos del laboratorio de patología Se encontró que los carcinomas en sus diferentes presentaciones, son los tipos más frecuentes de tumores malignos mamarios en hembras caninas al igual que en la mujer, y que al equivaler las edades en ambas hay tendencia a que el tumor se presente en etapas tardías de la vida. Concluimos que, de acuerdo con las características morfológicas, frecuencia de presentación y distribución en los grupos etarios, los tumores mamarios en caninas y en mujeres son similares, esto demuestra la conveniencia de hacer localmente una caracterización molecular del tumor mamario de caninos para el estudio comparado d este tipo de patología en mujeres.

### **2.3.- Marco Conceptual**

**Actividad Física:** Se considera así a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

**Adenocarcinoma:** Son un conjunto de cánceres muy frecuentes puesto que se originan en un tipo de células que se encuentran en continua división celular y que presentan mayor riesgo de mutaciones.

**Cáncer:** Proceso maligno caracterizado por una pérdida de los mecanismos de control celular normales que conducen a proliferación celular descontrolada, ausencia de diferenciación, tendencia a invasión de tejidos y órganos.

**Displasia:** Alteración de un tejido debido a una excesiva proliferación celular, provocada por cambios hormonales o inflamaciones crónicas. No cáncer.

**Estadio:** Etapa o fase de un proceso.

**Estilos de vida:** Es un comportamiento que una persona, grupo social o familia realiza de manera repetitiva, dependiendo de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros.

**Estilos de vida no saludables:** Son acciones orientadas equivocadamente, donde las personas por falta de conocimiento de las consecuencias que se originan cuando se practican en forma repetitiva y que se realizan más por imitación o por falta de voluntad.

**Estilos de vida saludable:** Se considera como acciones repetitivas sobre un comportamiento. Si el comportamiento no es repetitivo entonces este se vuelve en una práctica o una acción aislada.

**Factor de riesgo:** Un hábito, rasgo, condición o alteración genética que aumenta la posibilidad de una persona de desarrollar una enfermedad.

**Ganglio Centinela:** Primer ganglio de una cadena linfática que drena un territorio tisular determinado, de manera que, antes de proseguir su camino por la cadena, toda la linfa proveniente de dicho territorio debe pasar primero por el ganglio centinela, de gran trascendencia en el campo de la oncología.

**Glándula:** Órgano o formación tisular integrada por una o más células especializadas en la elaboración y secreción de sustancias específicas. Si el producto es vertido al exterior del cuerpo se denomina: exocrina; si va directamente a la sangre es llamada: endocrina. Existen glándulas mixtas como el páncreas.

**Hábito Alimenticio:** Capacidad de adquisición, forma de selección y preparación de alimentos y la manera de consumirlos; influidos por factores como lugar geográfico, clima, vegetación, disponibilidad de la región, costumbres y experiencias.

**Incidencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad que aparecen en una población determinada durante un periodo determinado de tiempo.

**Lesión:** Alteración o daño producido en la estructura o función de un tejido u órgano.

**Maligno:** Canceroso; un crecimiento con una tendencia a invadir y destruir el tejido cercano y a diseminarse a otras partes del cuerpo.

**Mamografía:** o mastografía. Radiografía de la glándula mamaria que permite detectar patologías mamarias como las displasias, quistes y tumores benignos o malignos mediante un aparato de rayos X llamado mamógrafo.

**Mastalgia:** Dolor mamario que puede ser un síntoma de alguna enfermedad o un síntoma sin patología demostrada.

**Tejido:** Conjunto de células diferenciadas y especializadas en realizar una determinada función. Las células que conforman un tejido pueden ser semejantes o pertenecer a modelos distintos.

**Tumor:** Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). También se llama neoplasia.

**Tumor benigno:** Tumor de crecimiento lento que generalmente se haya que no es canceroso. No invade el tejido cercano ni se disemina a otras partes.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1.- Formulación de Hipótesis**

##### **3.1.1.- Hipótesis General**

Existe relación significativa entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

##### **3.1.2.- Hipótesis Específicas**

Existe relación significativa entre los hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

Existe relación significativa entre la actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

#### **3.2.- Identificación de Variables**

##### **3.2.1.- Clasificación de Variables**

Variable Independiente (x)	Estilos de vida
Variable Dependiente (y)	Tumor benigno de mama

### 3.2.2.- Definición Conceptual de variables

Variable Independiente (x): Estilos de vida

Según Chisaguano y Ushiña (2015) refirieron que” El estilo de vida es un hábito que llevan las personas en su vivir diario, es un conjunto de costumbres o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son dañinas para la salud”.

Variable Dependiente (y): Tumor benigno de mama

Guisasola (2016) mencionó que es:

Una alteración adquirida, persistente y selectiva de ciertos elementos histológicos de la mama, que no son privativas de la mujer cíclica y no sufren mayores modificaciones durante el ciclo menstrual. Se define como “tumor” a toda neoformación que origina efecto masa, y por “benigno” cuando presenta exclusivamente crecimiento local sin infiltración de tejidos vecinos ni capacidad de enviar metástasis ganglionares y/o a distancia. Hoy en día definir los tumores benignos de la mama presenta ciertas dificultades debido a que los diferentes autores realizan clasificaciones diferentes, más o menos amplias y también por que actualmente se está planteando que el fibroadenoma, tumor benigno más frecuente, tendría que considerarse como una mastopatía.

### 3.2.3.- Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
<b>ESTILOS DE VIDA</b>	Hábitos Alimenticios	Dieta balanceada Criterio de peso. Número de comidas al día Tiempo en consumir comidas principales. Frecuencia de consumo de verduras, comidas chatarras, frutas, grasas, carne de pollo, carne de res, carne de pescado, gaseosas y bebidas artificiales, alimentos ricos en fibras. Tipo de preparación de alimentos Cantidad de agua consumida al día.
	Actividad física	Frecuencia de realización de ejercicios Tiempo destinado para la realización de ejercicios Tipo de ejercicio que realiza Opinión sobre condición física propia e importancia de actividad física. Motivo de realizar o no actividad física.
<b>TUMOR BENIGNO DE MAMA</b>	Fibroadenoma	Ausencia de dolor Consistencia de tumor Rapidez de crecimiento
	Enfermedad fibroquística	Dolor Secreción del pezón Induración Número de mamas afectadas
	Tumor filoides	Herida en zona de tumor Número de mamas afectadas Rápido crecimiento Tamaño.

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

### **4.1.- Tipo y nivel de Investigación**

Es una investigación de tipo cuantitativa por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se derivó (Bernal, 2015)

El presente trabajo de investigación respondió a una investigación de nivel descriptiva - correlacional.

**Descriptivo:** Tiene la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. (Bernal, 2015)

**Correlacional:** Su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables de estudio, (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

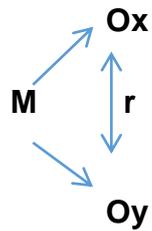
### **4.2.- Descripción del Método y Diseño**

**Método:** El presente estudio seleccionado para la investigación fue descriptivo y transversal.

**Descriptivo;** porque, se describieron las variables tal como se presentan en la realidad.

**Diseño:** El diseño que se utilizó en la presente investigación es el correlacional que busca definir la relación entre las variables de estudio.

En este sentido responde al siguiente Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O<sub>x</sub> = Estilos de vida

O<sub>y</sub> = Tumor benigno de mama

#### 4.3.- Población y Muestra

**Población:** La población estudio estuvo conformada por las mujeres que se operaron en Detecta Clínica Servicio de Oncología durante Enero – Junio 2017 y presentaron tumoraciones benignas durante dicho periodo. Dicha muestra fue extraída del registro del censo de sala de operaciones de Detecta Clínica.

N=40

**Muestra:** La investigación consideró el 100% de la población de mujeres operadas de tumor benigno de mama.

n=40

#### 4.4.- Consideraciones Éticas.

En el presente estudio se aplicó los principios bioéticos que rigen al profesional de enfermería, que permitió cumplir los objetivos establecidos, moralmente y éticamente aceptados. Principios como los siguientes: respeto, autonomía,

veracidad, no maleficencia, beneficencia. Siendo nuestra base moral que nos hace ser servidores del prójimo, y respetar su integridad.

**Respeto:** Se respetó la confidencialidad e identidad de las pacientes relacionadas al presente estudio. Al ser una investigación prospectiva mantendremos en secreto la información obtenida de los registros consultados.

**Autonomía:** Se solicitó permiso al director del establecimiento de salud para la aplicación del instrumento en su Institución de trabajo. Sin embargo no se está faltando al principio ético de su libertad de elección. Ni de confidencialidad.

**Veracidad:** Los informes de la investigación son verídicos en cuanto a los materiales y métodos como a los resultados.

**No maleficencia:** Al no ser una investigación experimental no se expondrán a ningún riesgo la salud de las personas, ni biológicas, fisiológicas, psicológicas ni sociales.

**Beneficencia:** Se busca, proporcionar información actualizada al personal de enfermería, relevante y necesaria para los cuidados del paciente con tumoración benigna de mama además de incorporar conceptos en su ejercicio profesional.

## **CAPÍTULO V**

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **5.1.- Técnicas e Instrumentos**

##### **5.1.1. Técnica**

En cuanto a la técnica para la medición de la variable se utilizó la encuesta, que según (Hernández, et. al, 2014), es una técnica basada en preguntas, aplicada a un grupo de estudio, utilizando cuestionarios, que, mediante preguntas, en forma personal, permiten investigar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada.

##### **5.1.2 Instrumento**

Se utilizó cuestionarios con preguntas cerradas que permitieron recolectar la información necesaria para responder la problemática definida y lograr los objetivos formulados con previo consentimiento informado.

Para lo cual se preparó 44 ítems que se dividió en:

Independiente: Estilos de vida: Se utilizó 32 ítems.

Dependiente: Tumor benigno de mama: Se utilizó 12 ítems.

Con respecto a la valoración del instrumento se utilizó la escala de Likert y se trabajó con los siguientes niveles:

Variable independiente: Estilo de vida

Bueno (76-96)

Regular (54-75)

Malo (32-53)

Variable dependiente: Tumor benigno de mama

Presenta (18-24)

No presenta (12-17)

**Procedimiento:**

1. Se entregó una encuesta a cada paciente, informándoles previamente sobre el estudio que se les pretende realizar y los objetivos del mismo.
2. Luego se obtuvo el consentimiento de los pacientes, dando a conocer que su participación es en forma voluntaria.
3. Se aplicó el instrumento, se tabularon los datos, se confeccionaron tablas estadísticas y finalmente se analizó los resultados obtenidos.

**5.2.- Plan de Recolección de datos, procesamiento y presentación de datos**

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del Centro Oncológico Detecta, la jefatura de Enfermería; para obtener el permiso de la aplicación del instrumento. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con el fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando una duración promedio de diez minutos por entrevistado.

Para el análisis de los datos, luego de tener las respuestas, se realizó el vaciado de la data en Excel, obteniendo las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego se utilizó el software SPSS versión 23.0, para la reconversión de variables a niveles – rangos y brindar los informes respectivos.

Los resultados obtenidos fueron presentados a través de las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y posible relación entre las variables de estudio. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales se utilizó la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos

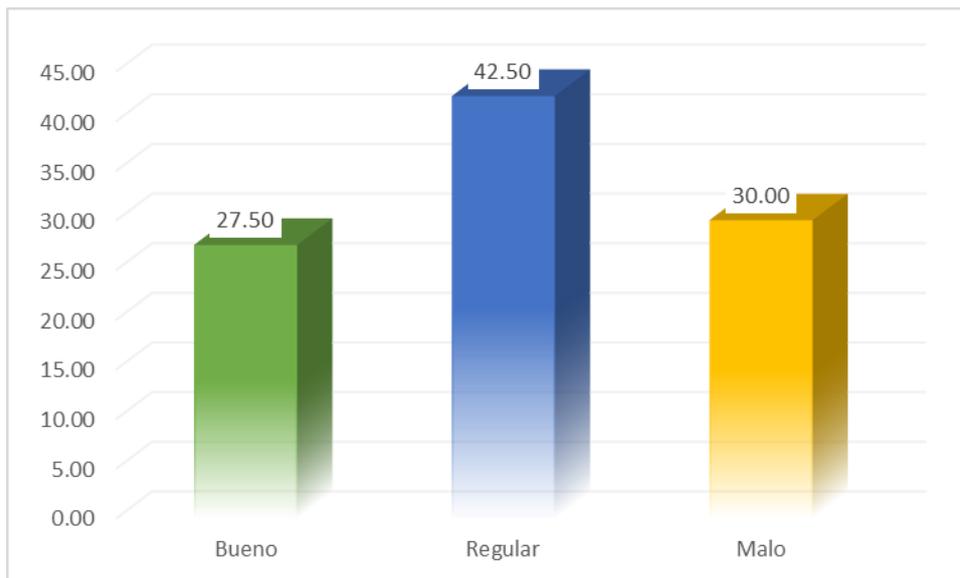
##### 6.1.1. Análisis descriptivo de las variables y dimensiones

Tabla 1

*Distribución de datos según la variable estilos de vida*

Niveles	f	%
Bueno	11	27.50
Regular	17	42.50
Malo	12	30.00
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 1:* Datos según la variable estilos de vida

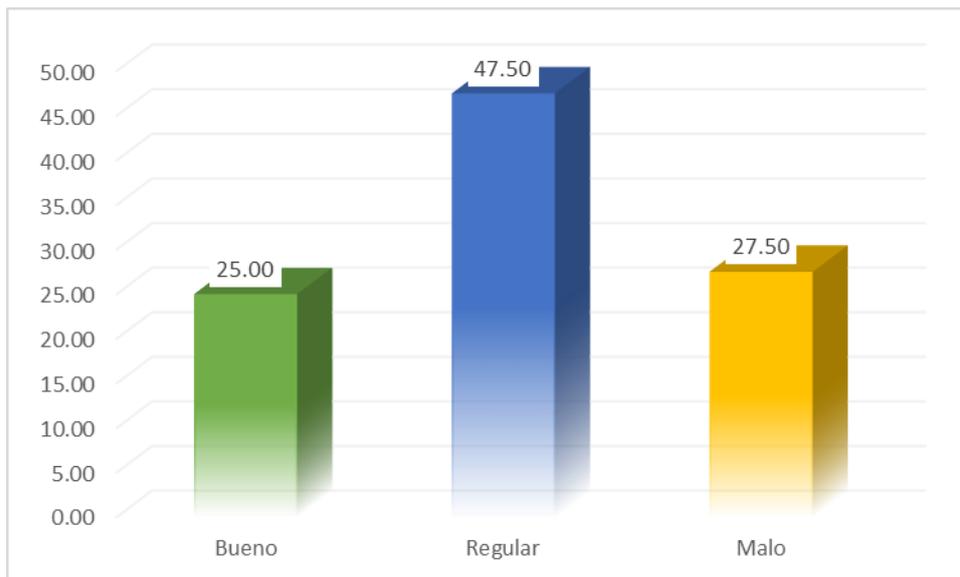
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 27.50% de las pacientes encuestadas presentan un nivel bueno con respecto a la variable estilos de vida, el 42.50% presentan un nivel regular y un 30% un nivel malo.

Tabla 2

*Distribución de datos según la dimensión hábitos alimenticios*

Niveles	f	%
Bueno	10	25.00
Regular	19	47.50
Malo	11	27.50
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 2:* Datos según la dimensión hábitos alimenticios

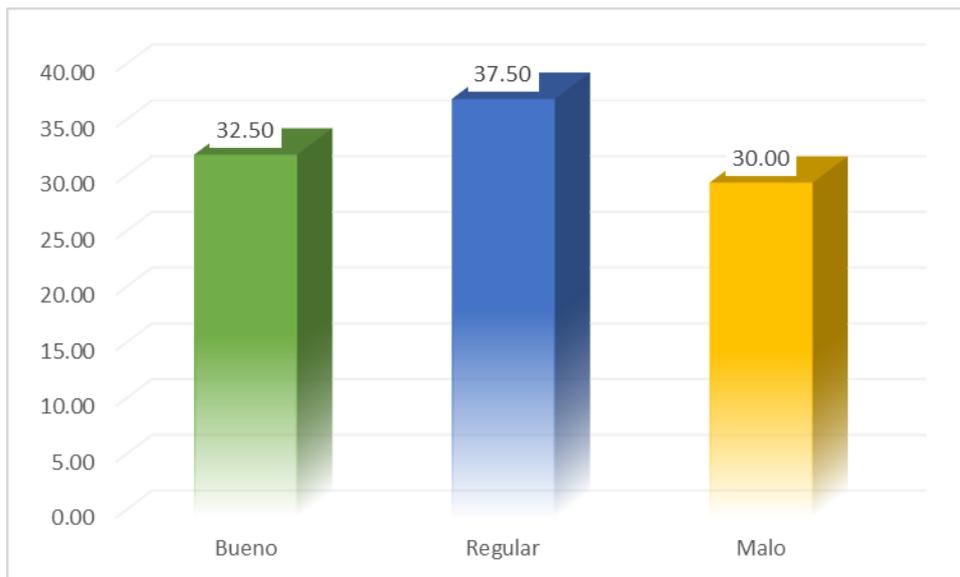
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 25.00% de las pacientes encuestadas presentan un nivel bueno con respecto a la dimensión hábitos alimenticios, el 47.50% presentan un nivel regular y un 27.50 un nivel malo.

Tabla 3

*Distribución de datos según la dimensión actividad física*

Niveles	f	%
Bueno	13	32.50
Regular	15	37.50
Malo	12	30.00
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 3:* Datos según la dimensión actividad física

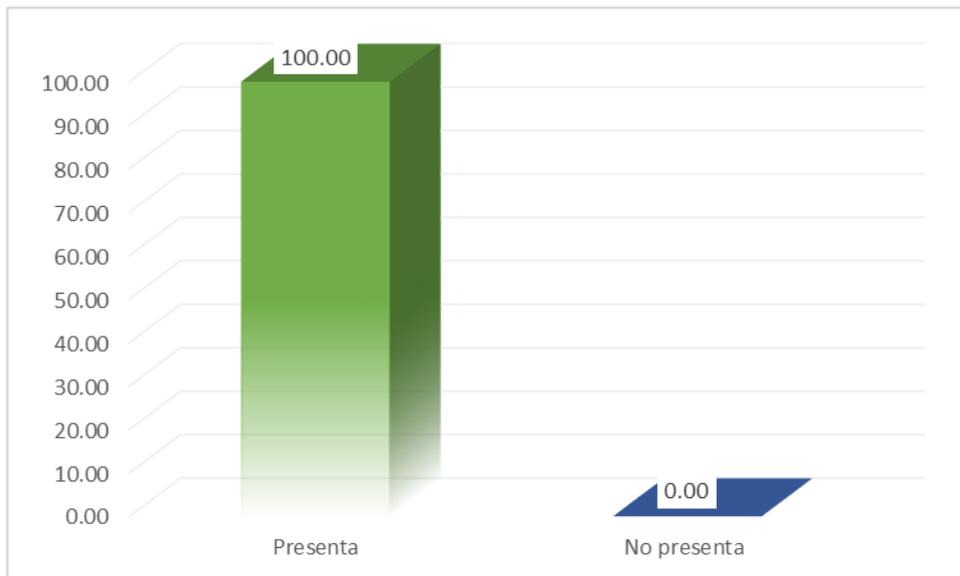
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 32.50% de las pacientes encuestadas presentan un nivel bueno con respecto a la dimensión actividad física, el 37.50% presentan un nivel regular y un 30% un nivel malo.

Tabla 4

*Distribución de datos según la variable tumor benigno de mama*

Niveles	f	%
Presenta	100	100.00
No presenta	0	0.00
Total	100	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 4:* Datos según la variable tumor benigno de mama

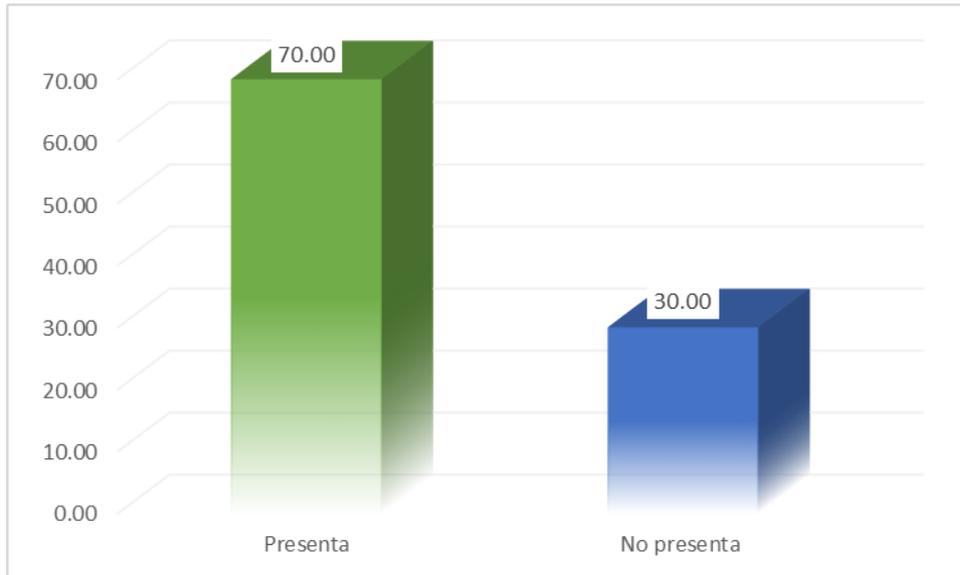
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos se observa que el 100% de las pacientes presentan tumor benigno de mama.

Tabla 5

*Distribución de datos según la dimensión fibroadenoma*

Niveles	f	%
Presenta	28	70.00
No presenta	12	30.00
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 5:* Datos según la dimensión fibroadenoma

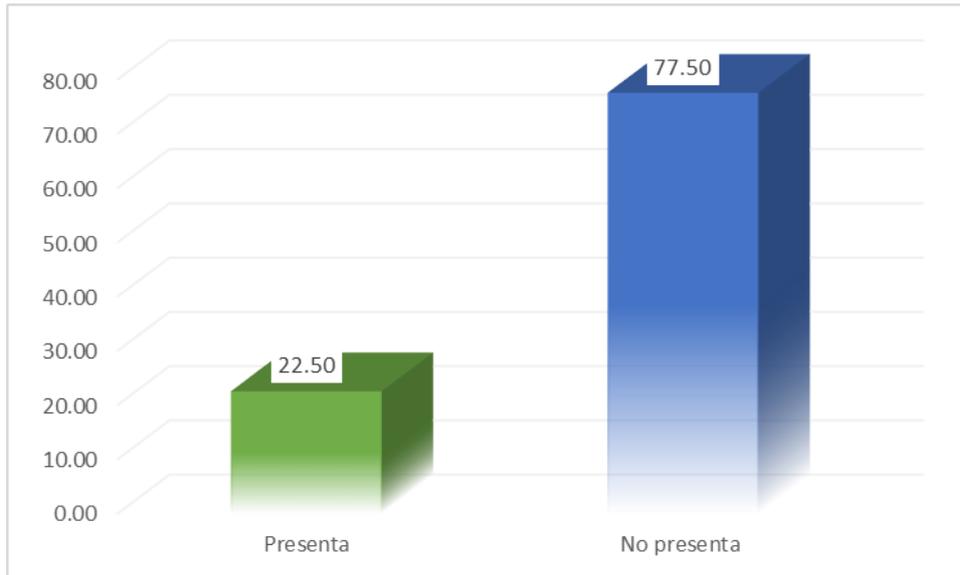
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 70.00% de las pacientes encuestadas presentan fibroadenoma y el 30% no presenta.

Tabla 6

*Distribución de datos según la dimensión enfermedad fibroquística*

Niveles	f	%
Presenta	9	22.50
No presenta	31	77.50
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 6:* Datos según la dimensión enfermedad fibroquística

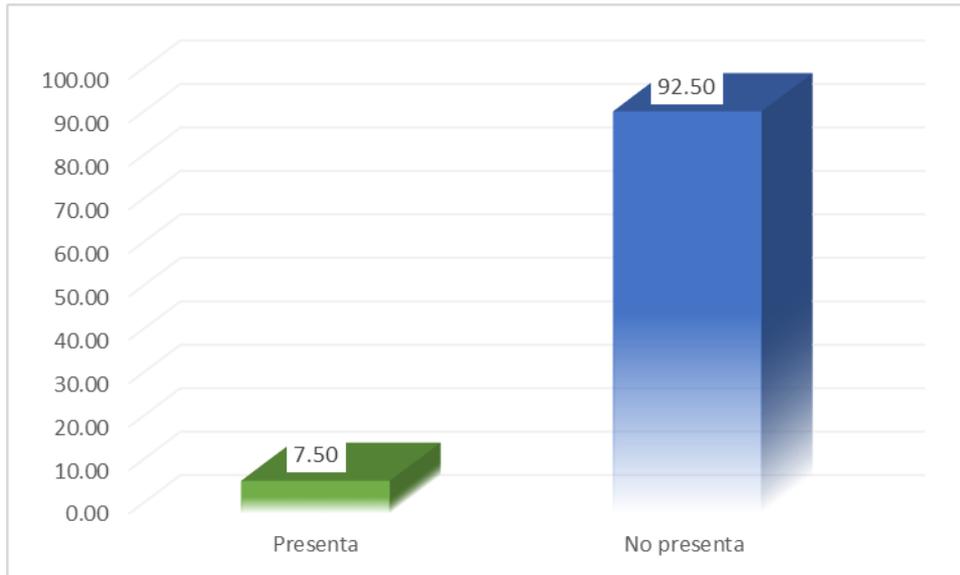
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 22.50% de las pacientes encuestadas presentan enfermedad fibroquística y el 77.50% no presenta.

Tabla 7

*Distribución de datos según la dimensión tumor filoides*

Niveles	f	%
Presenta	3	7.50
No presenta	37	92.50
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 7:* Datos según la dimensión tumor filoides

**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 7.50% de las pacientes encuestadas presentan tumor filoides y el 92.50% no presenta.

## Contrastación de las hipótesis

### Hipótesis principal

Ha: Existe relación significativa entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

H0: No existe relación significativa entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

Tabla 8

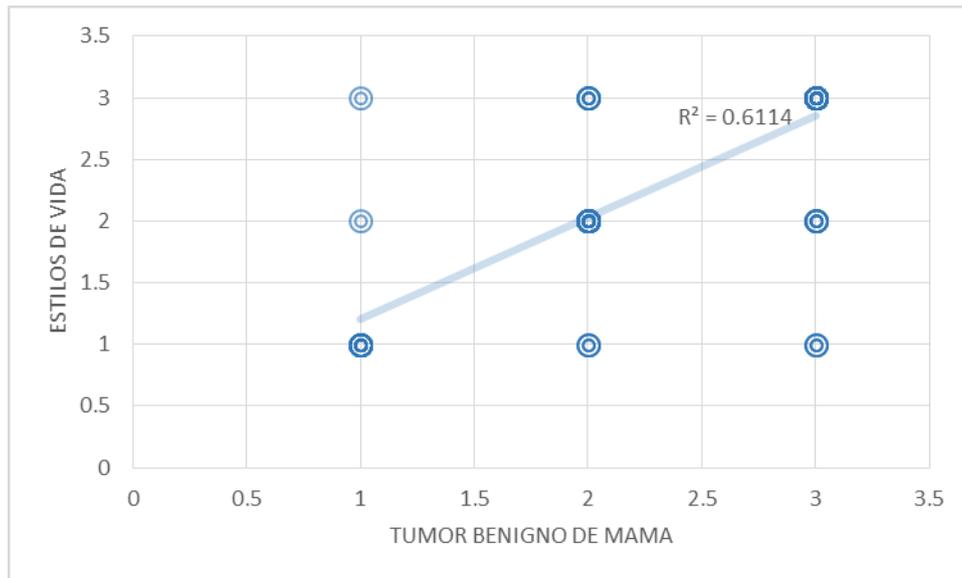
*Prueba de correlación según Spearman entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama*

			Estilos de vida	Tumores benignos de mama
Rho de Spearman	Estilos de vida	Coeficiente de correlación	1,000	,611**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	40	40
		Tumores benignos de mama	Coeficiente de correlación	,611**
	Tumores benignos de mama	Sig. (bilateral)	,001	.
		N	40	40

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Interpretación:

Como se muestra en la tabla 8 la variable estilos de vida está relacionada directa y positivamente con la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.609 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de  $p=0.001$  siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.



*Figura 8:* Dispersión de datos de la variable estilos de vida y tumores benignos de mama.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable estilos de vida y tumores benignos de mama, lo cual significa que a medida que la puntuación en el mal manejo de estilos de vida se incrementa, esta va acompañada del incremento de complicaciones en los tumores benignos de mama, de manera proporcional.

### Hipótesis específica 1

Ha: Existe relación significativa entre los hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

H0: No existe relación significativa entre los hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

Tabla 9

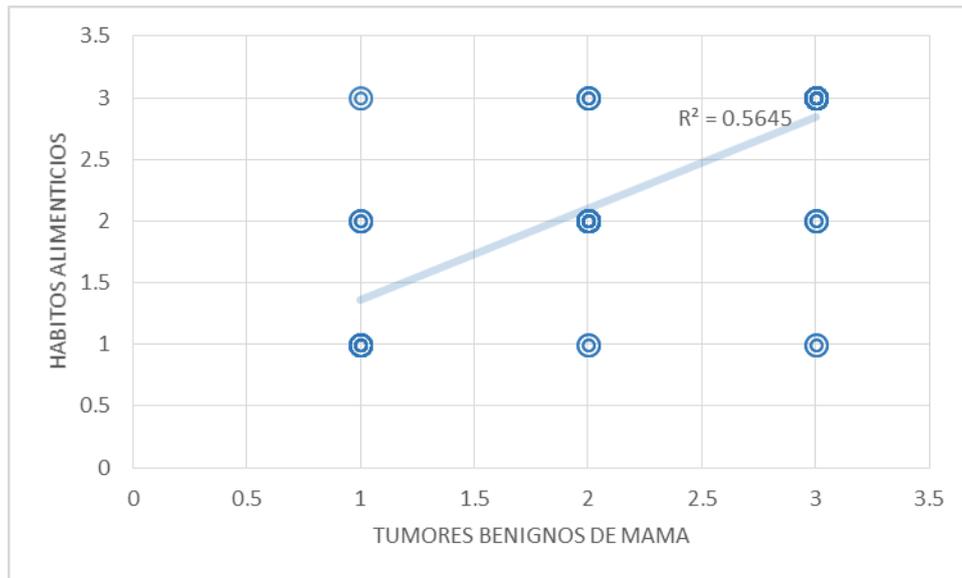
*Prueba de correlación según Spearman entre hábitos alimenticios y tumores benignos de mama en mujeres*

	Hábitos Alimenticios	Tumores benignos de mama en mujeres
Rho de Spearman	de	de
Hábitos alimenticios	1,000	,564**
	Coefficiente de correlación	
	Sig. (bilateral)	,001
	N	40
Tumores benignos de mama en mujeres	de	de
	,564**	1,000
	Coefficiente de correlación	
	Sig. (bilateral)	.
	N	40

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 los hábitos alimenticios está relacionada directa y positivamente con la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.564 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de  $p=0.001$  siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.



*Figura 9:* Dispersión de datos de la dimensión hábitos alimenticios y tumores benignos de mama.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión hábitos alimenticios y tumores benignos de mama, lo cual significa que a medida que la puntuación en el mal manejo de hábitos alimenticios se incrementa, esta va acompañada del incremento de complicaciones en los tumores benignos de mama, de manera proporcional.

## Hipótesis específica 2

Ha: Existe relación significativa entre la actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

H0: No existe relación significativa entre la actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.

Tabla 10

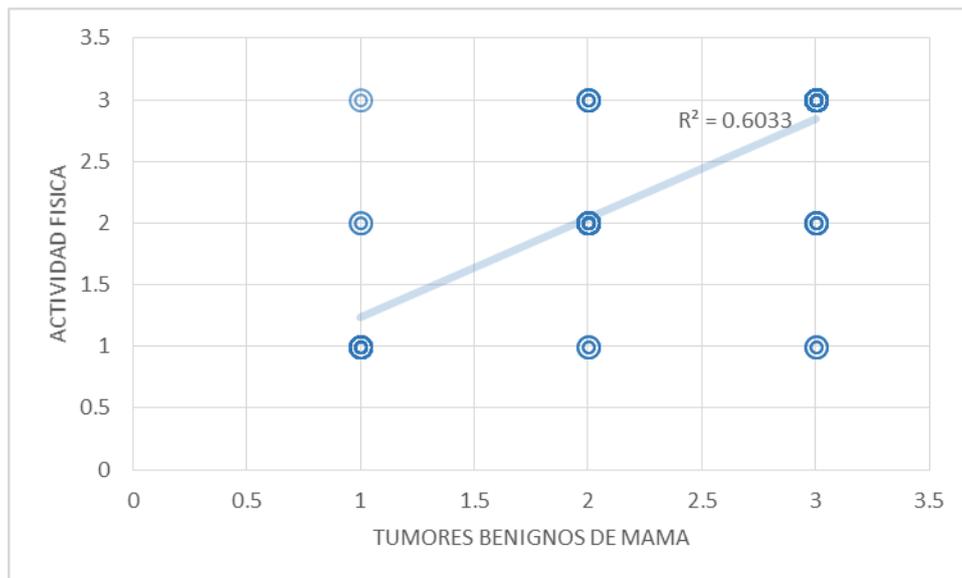
*Prueba de correlación según Spearman entre la actividad física y los tumores benignos de mama*

			Actividad física	Tumores benignos de mama en mujeres
Rho de Spearman	Actividad física	Coefficiente de correlación	de 1,000	,603**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	40	40
	Tumores benignos de mama en mujeres	Coefficiente de correlación	de ,603**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	40	40

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Interpretación:

Como se muestra en la tabla 10 la actividad física está relacionada directa y positivamente con la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.603 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de  $p=0.001$  siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.



*Figura 10:* Dispersión de datos de la dimensión actividad física y los tumores benignos de mama.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión actividad física y tumores benignos de mama, lo cual significa que a medida que la puntuación en la falta de actividad física se incrementa, esta va acompañada del incremento de complicaciones en los tumores benignos de mama, de manera proporcional.

## 6.2.- Discusión

A través de los resultados obtenidos el 27.50% de las pacientes encuestadas presentan un nivel bueno con respecto a la variable estilos de vida, el 42.50% presentan un nivel regular y un 30% un nivel malo, también se evidencia que el 100.00% de las pacientes encuestadas presentan tumor benigno de mama. Y según la correlación de Spearman se obtuvo que la variable estilos de vida está relacionada directa y positivamente con la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.609 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de  $p=0.001$  siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. En la cual estos resultados se contrastan con el estudio realizado por Amse y Nieto (2017) acerca del “Índice de estilos de vida y riesgo de presentar cáncer de mama en mujeres de Córdoba, Argentina 2008-2016”. Como resultados se obtuvo que: Por cada unidad de aumento en el score, las mujeres presentaron un 13% menos riesgo de presentar CM (OR: 0,87;  $p<0,05$ ). Además, las que obtuvieron un score entre 9 y 12, presentaron un 52% menos de riesgo (OR: 0,48;  $p<0,05$ ), y las que tuvieron un score mayor a 12, casi un 90% menos de riesgo (OR: 0,11;  $p<0,05$ ). Se concluyó que un bajo score en el Índice de Estilos de Vida influye en un mayor riesgo de presentar CM. Existiendo una similitud con el presente estudio en la cual se observa una relación significativa entre las variables: estilos de vida y tumor benigno de mama.

Así mismo en el estudio realizado por Tello (2014) acerca de la “Relación de los hábitos alimentarios y el desarrollo del cáncer de mama en pacientes adultas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a febrero del año 2014”. Se concluye que los hábitos alimentarios en la población sujeta a estudio son poco saludables, encontrándose un mayor consumo de alimentos con alto contenido de grasa y un bajo consumo de frutas y verduras, hecho que se relaciona significativamente con el desarrollo del cáncer de mama. Existiendo una similitud con el presente estudio en la cual presenta una relación significativa entre la dimensiones hábitos alimenticios y tumor benigno de mama.

Por otro lado en el estudio realizado por Medina (2013) acerca de “Nivel de conocimiento de prevención del cáncer y su relación con los estilos de vida en los estudiantes de educación de la UNJBG Tacna- 2012”. Se concluye que el nivel de conocimiento de prevención del cáncer se relaciona con los estilos de vida ( $P < 0,05$ ), sin embargo la mayoría de estudiantes de educación tienen un conocimiento medio de prevención de cáncer y los estilos de vida en su mayoría son medianamente saludables, siendo en un menor porcentaje los que tienen un estilo de vida saludable, esto resulta preocupante ya que éstas podrían estar próximos a tener estilos de vida no saludables ,a las actividades académicas como otros factores sociales intervienen en el comportamiento de la persona así como también el poco impacto del sector de salud en cuando a promover la prevención del cáncer. Existiendo una similitud con el presente estudio, observándose un estilo de vida regular por parte del paciente, sirviendo dicho aporte como base fundamental para la tesis.

### **6.3.- Conclusiones**

**Primera:** Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la variable estilos de vida y la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.609, teniendo un resultado moderado.

**Segunda:** Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión hábitos alimenticios y la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.564, teniendo un resultado moderado.

**Tercera:** Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión actividad física y la variable tumores benignos de mama, según la correlación de Spearman de 0.603, teniendo un resultado moderado.

#### **6.4.- Recomendaciones**

**Primera:** A los gestores, Implementar talleres que promuevan la participación del paciente y que permitan fortalecer y promover el desarrollo de sus estilos de vida que realizan, mejorando su calidad de vida.

**Segunda:** Al personal de enfermería del servicio de oncología, motivar a los pacientes respecto a la importancia de la realización de actividad física, contribuyendo de esta manera a la salud física en ellos y prevenir distintas enfermedades que se puedan presentar.

**Tercera:** Al profesional de enfermería del servicio de oncología, fomentar acciones que contribuyan en la mejora de salud de la población, en especial a las pacientes operadas que acuden al servicio de oncología, mediante el incremento de información y la promoción de estilos de vida saludables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amse, R. y Nieto, B. (2017). *Índice de estilos de vida y riesgo de presentar cáncer de mama en mujeres de Córdoba*. Argentina.
- Ardle, W.; Katch, F. y Katch, V. (2015). *Fundamentos de la fisiología del ejercicio*. Cuarta edición. España. 702 páginas.
- Arellano Marketing (2011). *Los Estilos de Vida – La página del empresario que crece – Progresar Nro 2 – 27-01-2011*.
- Arrellano, R. (2009). *Los estilos de vida en el Perú Cómo somos y pensamos los peruanos del siglo XXI ano Marketing*. 2da edición. Lima – Perú.
- Benitez, L. (2017). *Cistosarcoma Filoides Estudio Estadístico y Correlación Clínico – Patológica*.
- Bernal, C. (2015). *Pearson Metodología de la investigación*. 4ta Edición. 384 páginas
- Berek, S. y Neville, F. (2012). *Ginecología oncológica práctica*. Hacker 5ta edición. México 912 páginas
- Breastcancer (2015). *Síntomas y diagnóstico de los tumores filoides de la mama*. España.
- Bland, I y Copeland, E. (2017). *Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. 5ta edición. Buenos Aires - Argentina.
- Bustamante, M. (2016). *Cuántas veces se debe comer al día*. México.
- Chacón, J. y Moreno, G. (2013). *Incidencia de lesiones benignas de mama en pacientes 30-40 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil de Abril 2012 – Enero 2013*. Guayaquil - Ecuador
- Chisaguano, E. y Ushiña, R. (2015). *Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 que asisten al club de diabéticos del centro de salud de la ciudad de Latacunga*. Ecuador,
- Chui, P. (2016). *Estilos de vida Familiar y Bienestar Psicológico en pacientes Adulto mayor del servicio de Geriátría del Hospital Nacional Sergio Bernales 2016*. Lima.
- Compendio Patología Mamaria (2012). *Anatomía de la glándula mamaria*. Primera Edición. ISBN 970-721-091-5. México
- Díaz, J. (2015). *Semiología de las Enfermedades Benignas de la Mama*.

- fisioterapiaparatodos (2015). *Fibroadenoma de mama*. Recuperado de:  
<http://www.fisioterapiaparatodos.com/senos/fibroadenoma-de-mama/>
- Dieguez, N. (2015). *Evaluar los factores de riesgo, medidas de prevención e información en dos grupos socioeconómicos diferentes*. Argentina.
- Gálvez, M. (2013). *Repercusión social del modo y los estilos de vida en la prevención del cáncer de mama*. Cuba
- García, D.; García, G.; Tapiero, Y. y Ramos, D. (2012). *Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios*. Colombia.
- Gómez, H. y Vigil, C. (2014). *Descripción y evolución del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2000 – 2002*. Lima – Perú.
- Gori, J. Larusso, A. y colaboradores. (2016). *Ginecología de Gori*. 3ra edición. Barcelona – España. 950 páginas.
- Guisasola, J. (2016). *Tumores benignos de la mama*. España.
- Hernández, G.; Gómez, A. Pareces, R. (2012). *Lesiones Benignas de la mama*. Argentina
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de Investigación. Sexta edición*. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- INEN. (2016). *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Estudio de Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012*. Volumen V. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer.
- INEN. (2012). *Plan Operativo Anual. Organismo Público Ejecutor*. Jefatura Institucional.
- Jahnier, C. (2012). *Estudio comparativo de la frecuencia de tumores mamarios según sexo, edad y tipo histológico en caninos y humanos en los laboratorios de patología anatómica de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá*. Colombia.
- Lema, S.; Salazar, Torres, I.; Varela, M.; Tamayo, J.; Rubio, A. y Botero, A. (2009). *Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida*. Pensamiento Psicológico.
- Linares, X.; Alcázar, Y.; Huanca, H.; Ramos, P. y Velarde, O. (2013). *Estilos de vida en el Perú*. Universidad José Carlos Mariátegui.

- Maldonado (2013) Estilos de vida y consumo
- Marrerros, J. y Contreras, H. (2013). *Patología benigna mamaria en pacientes del servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima Perú 2013.*
- Martínez, J.; Janson, S. y Rodríguez, O. (2015). *Evaluación del estado nutricional y su relación con los Hábitos alimentarios y estilos de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer cérvico uterino de 40 a 60 años de edad, internadas en el albergue del Hospital Bertha Calderón Roque, Noviembre 2014. Nicaragua.*
- Medina, J. (2013). *Nivel de conocimiento de prevención del cáncer y su relación con los estilos de vida en los estudiantes de educación de la UNJBG Tacna- 2012. Tacna.*
- Medina, D. y Morocho, J. (2012). *Incidencia de Patología mamaria, diagnosticada por mamografía, de acuerdo a la clasificación BI-RADS, en pacientes que acuden al hospital del día, IESS, Azogues Julio – Diciembre 2012. Cuenca – Ecuador.*
- Mejor con salud (2016). *Cuánta agua necesitamos beber, según nuestro peso.*
- Muñoz, M. (2015). *Alimentación sana según la OMS.*
- Nápoles, D. (2013). *Atención a pacientes con afecciones benignas de la mama durante 11 años. Cuba.*
- Obispo, L. (2017). *¿Qué es un tumor? Fundación peruana de cáncer.*
- OMS (2014). *Temas de salud. España*
- OMS (2017). *Actividad física. España.*
- OMS (2017). *Cáncer de mama: prevención y control. España.*
- OMS (2017). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. España.*
- Perl, V. (2008). *La biodieta. Una dieta para todos. 5ta edición. Chile.*
- Quevedo, L. y Meneses, A. (2015). *Patología Mamaria, en el Hospital General San Juan de Dios, de Enero a Diciembre del 2012. Guatemala*
- Libro de Resúmenes FELSOCM (2011). *Ciencia e investigación médica estudiantil latinoamericana. Paraguay*
- Rothgiesser, V. (2012). *Los Estilos de Vida. Perú.*
- Saceda, D. (2016). *Patologías benignas de mama. Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.*

- Taco, S. y Vargas, R. (2015). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el distrito de Polobaya. Arequipa 2015*. Arequipa.
- Tello, U. (2014) *Relación de los hábitos alimentarios y el desarrollo del cáncer de mama en pacientes adultas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a febrero del año 2014*. Perú.
- Valea, F. y Katz, V. (2017). *Breast diseases: diagnosis y treatment of benign y malignant disease*. Eds. Comprehensive Gynecology. 7th ed. Philadelphia.
- WebConsultas (2017). *Patologías benignas de mama*. Revista de salud y bienestar.

# **ANEXOS**

## Anexo 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO:** ESTILOS DE VIDA Y TUMORACIÓN BENIGNA DE MAMA EN MUJERES, OPERADAS SERVICIO DE ONCOLOGÍA, DETECTA CLÍNICA, 2017.

**AUTORA:** RAQUEL ERAN BRAVO

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
			VARIABLES	DIMENSIONES	
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Qué relación existe entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas servicio de oncología, Detecta clínica, 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>¿Qué relación existe entre los estilos de vida dimensión hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre los estilos de vida dimensión actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología,</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Identificar la relación que existe entre los estilos de vida dimensión hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta clínica, 2017.</p> <p>Conocer la relación que existe entre los estilos de vida dimensión actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>Existe relación significativa entre los estilos de vida y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>Existe relación significativa entre los hábitos alimenticios y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre la actividad física y los tumores benignos de mama en mujeres, operadas en el servicio de oncología, Detecta Clínica, 2017.</p>	<p><b>Variable independiente:</b></p> <p>Estilos de vida</p> <p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Tumor benigno de mama</p>	<p>Hábitos alimenticios</p> <p>Actividad física</p> <p>Fibroadenoma</p> <p>Enfermedad fibroquística</p> <p>Tumor filoides</p>	<p><b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Descriptivo.</p> <p><b>DISEÑO</b></p> <p>Descriptivo correlacional.</p> <p><b>TIPO</b></p> <p>Cuantitativa</p> <p><b>NIVEL</b></p> <p>Descriptivo</p> <p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población estudio estuvo conformada por las mujeres que se operaron en Detecta Clínica Servicio de Oncología durante Enero – Junio 2017.</p> <p>N=40</p>

Detecta clínica, 2017?	oncología, Detecta clínica, 2017.				<b>MUESTRA</b> n=40  <b>TÉCNICA</b> Encuesta  <b>INSTRUMENTO</b> Cuestionario
------------------------	-----------------------------------	--	--	--	--

## Anexo 02: INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

### ENCUESTA ESTILOS DE VIDA

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente y marque con una (X) la casilla que corresponda:

DATOS DE FILIACIÓN				
¿Qué edad tiene usted?	De 15 a 29	De 30 a 44	De 45 a 59	Mayor 60
¿Qué grado de instrucción tiene usted?	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior
¿Cuál es su estado civil?	Soltera	Casada	Conviviente	Otros
¿Por qué acudió al médico la última vez?	Por presentar síntomas	Solo chequeo	Porque algún familiar me obliga	Por campaña
¿Se ha realizado exámenes preventivos como autoexamen de mama en los últimos 6 meses?	Nunca	1 vez	Un par de veces	Cada mes
¿Conoce lo que es un autoexamen de mama?	Nunca he escuchado	Casi nada	Algo he escuchado	Conozco muy bien

### ESTILOS DE VIDA

ACTIVIDAD FÍSICA			
	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia realiza usted actividad física?			
2. ¿Destina una hora mínimo para realizar actividad física?			
3. ¿Realiza ejercicios como caminata, trotar o correr?			
4. ¿Realiza ejercicios como levantamiento de pesas?			
5. ¿Piensa usted que, realizar actividad física es sólo para jóvenes?			
6. ¿Piensa usted que, realizar actividad física es indispensable para la salud?			
7. ¿Piensa usted que, que no necesita realizar actividad física para estar sana?			
8. ¿Piensa usted que, su condición física es mala?			
9. ¿Piensa usted que su condición física es buena?			
10. ¿Realiza usted actividad física por salud?			
11. ¿Realiza usted actividad física por diversión?			
12. ¿No realiza usted actividad física por falta de tiempo?			
13. ¿No realiza usted actividad física porque su salud no se lo permite?			

<b>HÁBITOS ALIMENTICIOS</b>			
	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
14. En su criterio, con respecto a su peso, ¿usted está muy delgada?			
15. En su criterio, con respecto a su peso, ¿usted está normal?			
16. En su criterio, con respecto a su peso, ¿usted está con sobrepeso?			
17. ¿Considera usted que su dieta es balanceada?			
18. ¿Consume usted menos 3 comidas principales al día?			
19. ¿Consume usted 3 comidas principales al día?			
20. ¿Consume usted de 4 a 5 comidas principales al día?			
21. ¿Destina menos de 30 minutos en ingerir sus alimentos?			
22. ¿Destina al menos 30 minutos en ingerir sus alimentos?			
23. ¿Con qué frecuencia consume usted comida chatarra?			
24. ¿Con qué frecuencia consume usted verduras?			
25. ¿Con qué frecuencia consume usted frutas?			
26. ¿Con qué frecuencia consume usted pollo?			
27. ¿Con qué frecuencia consume usted carne de res?			
28. ¿Con qué frecuencia consume usted pescado?			
29. ¿Con qué frecuencia consume usted cereales, fibra?			
30. ¿Con qué frecuencia consume usted gaseosas, bebidas artificiales?			
31. ¿Con qué frecuencia consume usted comida en casa?			
32. ¿Con qué frecuencia consume usted más de 2 Lt. de agua al día?			

## TUMOR MAMARIO

<b>TUMOR MAMARIO – FIBROADENOMA</b>		
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1. ¿Tuvo dolor?		
2. ¿El tumor, creció rápido?		
3. ¿La consistencia era blanda?		
4. ¿El tumor era móvil?		
5. ¿Utilizó píldoras anticonceptivas antes de que aparezca el tumor?		
<b>TUMOR MAMARIO - MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA</b>		
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
6. ¿El dolor, coincidía o aumentaba con la menstruación?		
7. ¿Fueron afectadas las dos mamas?		
8. ¿Hubo alguna secreción por el pezón?		
9. ¿Sentía que toda la mama estaba inflamada?		
<b>TUMOR MAMARIO - PHILOIDES</b>		
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
10. ¿El tumor creció rápido?		
11. ¿El tumor era grande?		
12. ¿El tumor se presentó con alguna herida?		

**Anexo 03: Base de datos de la variable estilos de vida**

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23	Item24	Item25	Item26	Item27	Item28	Item29	Item30	Item31	Item32	
1	1	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	2	3	
2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	
3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	1	3	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	1	3	3	
4	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	
5	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	
6	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	
7	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	
8	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	2	3	3	
9	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	
10	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	3	2
11	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3
12	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	
13	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	
14	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	
15	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	
16	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	
17	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	
18	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	
19	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	
20	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	

21	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3
22	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	
23	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	
24	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3
25	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3
26	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	2	3	3
27	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3
28	1	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2	1	3	2	3	2
29	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3
30	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3
31	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2
32	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	2	3	2
33	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2
34	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3
35	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	1	3	3	3	3
36	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2
37	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	2
38	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3
39	1	2	1	3	2	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	2	1	2	1	3	2	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	2
40	2	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	1	2	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	1

**Base de datos de la variable tumoración benigna de mama**

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12
1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1
2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2
3	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1
4	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2}	1	2
5	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1
6	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1
7	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1
8	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
9	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1
10	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2
11	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2
12	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1
13	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
14	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
15	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2
16	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1
17	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
18	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1
19	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1
20	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1

21	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1
22	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1
24	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1
25	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1
26	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
27	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1
28	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1
29	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2
30	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1
31	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
32	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1
33	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2
34	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1
35	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2}	1	2
36	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1
37	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1
38	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1
39	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
40	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1

## Anexo 04: Confiabilidad de los instrumentos

### Variable 1: Estilos de vida

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	40	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	40	100,0

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,883	32

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	66,70	62,461	,596	,896
ITEM02	66,67	62,075	,675	,897
ITEM03	66,77	60,478	,603	,892
ITEM04	66,17	56,809	,494	,894
ITEM05	66,73	61,620	,564	,836
ITEM06	66,87	64,999	,459	,839
ITEM07	66,97	61,551	,592	,806
ITEM08	66,17	62,461	,556	,887
ITEM09	66,73	62,075	,504	,899
ITEM10	66,73	61,620	,564	,844
ITEM11	66,70	62,461	,596	,836
ITEM12	66,67	62,075	,675	,909
ITEM13	66,77	60,478	,603	,874
ITEM14	66,17	56,809	,494	,849
ITEM15	66,73	61,620	,564	,827
ITEM16	66,87	64,999	,459	,832
ITEM17	66,97	61,551	,592	,806
ITEM18	66,17	62,461	,556	,887
ITEM19	66,73	62,075	,504	,899
ITEM20	66,73	61,620	,564	,844
ITEM21	66,70	62,461	,596	,836
ITEM22	66,67	62,075	,675	,909
ITEM23	66,77	60,478	,603	,874
ITEM24	66,17	56,809	,494	,849
ITEM25	66,73	61,620	,564	,827
ITEM26	66,87	64,999	,459	,832
ITEM27	66,97	61,551	,592	,806
ITEM28	66,17	62,461	,556	,887
ITEM29	66,73	62,075	,504	,899
ITEM30	66,73	61,620	,564	,844
ITEM31	66,70	62,461	,596	,836
ITEM32	66,67	62,075	,675	,909

## Variable 2: Tumoración benigna de mama

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	40	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	40	100,0

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,893	12

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	68,53	49,533	,594	,892
ITEM02	68,13	49,533	,550	,897
ITEM03	68,07	49,340	,674	,895
ITEM04	68,27	49,202	,502	,785
ITEM05	68,70	48,217	,523	,798
ITEM06	68,47	49,568	,554	,896
ITEM07	68,83	49,661	,622	,785
ITEM08	68,53	49,533	,494	,798
ITEM09	68,13	49,533	,550	,896
ITEM10	68,07	49,340	,674	,780
ITEM11	68,53	49,533	,594	,898
ITEM12	68,13	49,533	,550	,897

**Solicito:** Autorización para realizar investigación científica

SEÑOR JOSÉ ANTONIO ÁLVAREZ RAMÍREZ

DIRECTOR MÉDICO DE DETECTA CLÍNICA DEL HOSPITAL

S.D.

Yo, Eran Bravo Raquel, identificada con DNI N° 41241938, con domicilio en Av. Julio C. Tello N° 815 Carmen de la Legua. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo: Que habiendo culminado la carrera profesional en la facultad de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre “ESTILOS DE VIDA Y TUMORACIÓN DE MAMA EN MUJERES, OPERADAS SERVICIO DE ONCOLOGÍA, DETECGA CLÍNICA 2017” para optar el grado de Licenciado en Enfermería.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima, 05 de Junio del 2017

-----  
RAQUEL ERAN BRAVO

DNI N° 41241938

E-mail: eranraquel@gmail.com

Telf.: 959-618-584

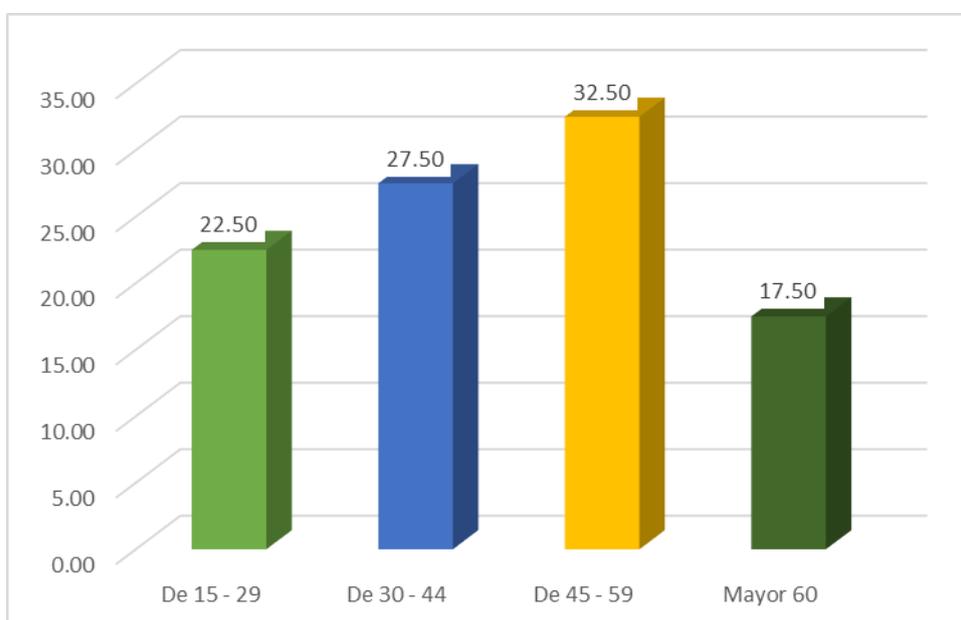
## Anexo 05: Datos demográficos

Tabla 1

*Distribución de datos según la edad de las pacientes*

Niveles	f	%
De 15 - 29	9	22.50
De 30 - 44	11	27.50
De 45 - 59	13	32.50
Mayor 60	7	17.50
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 1:* Datos según la edad de las pacientes

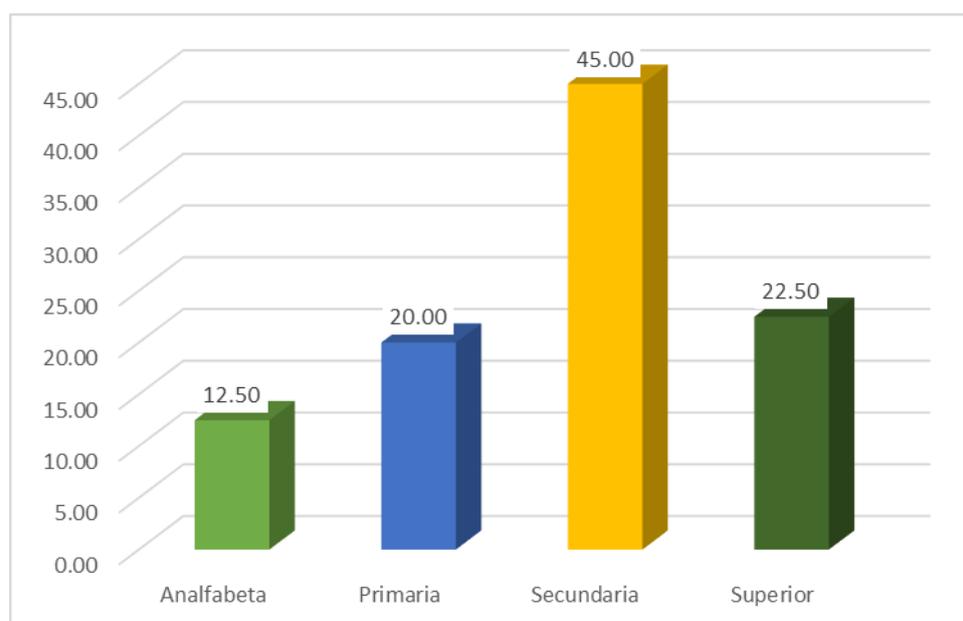
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 22.50% de las pacientes sus edad están en un rango de 15 a 29, el 27.50% están de 30 a 44, el 32.50% están de 45 a 59 y un 17.50% son mayores de 60.

Tabla 2

*Distribución de datos según el grado de instrucción de las pacientes*

Niveles	f	%
Analfabeta	5	12.50
Primaria	8	20.00
Secundaria	18	45.00
Superior	9	22.50
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 2:* Datos según el grado de instrucción de las pacientes

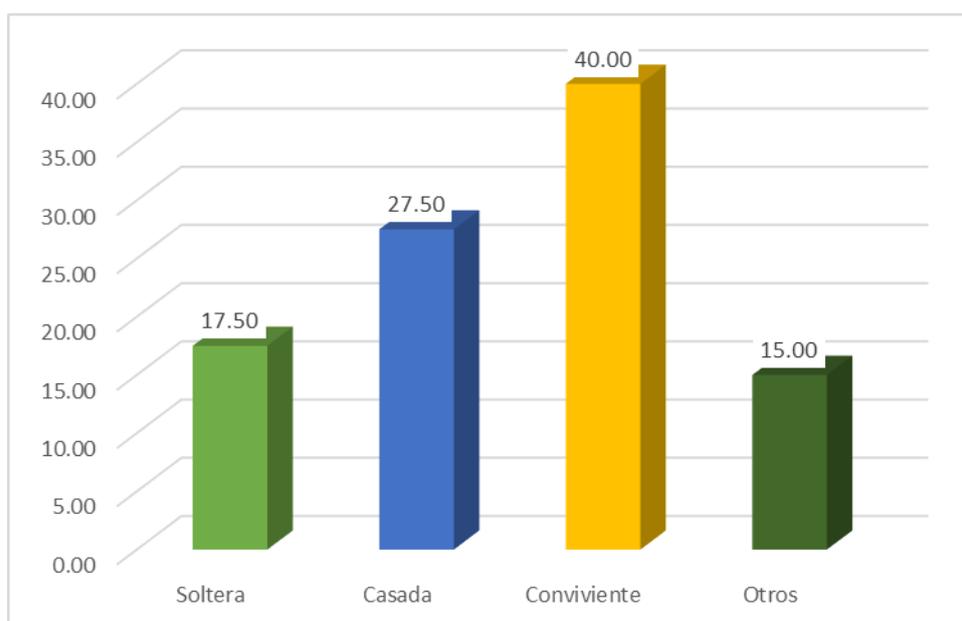
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 12.50% de las pacientes encuestadas son analfabetas, el 20.00% su el grado de instrucción de primaria, el 45.00% tienen secundaria y un 22.50% tienen grado superior.

Tabla 3

*Distribución de datos según el estado civil de las pacientes*

Niveles	f	%
Soltera	7	17.50
Casada	11	27.50
Conviviente	16	40.00
Otros	6	15.00
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 3:* Datos según el estado civil de las pacientes

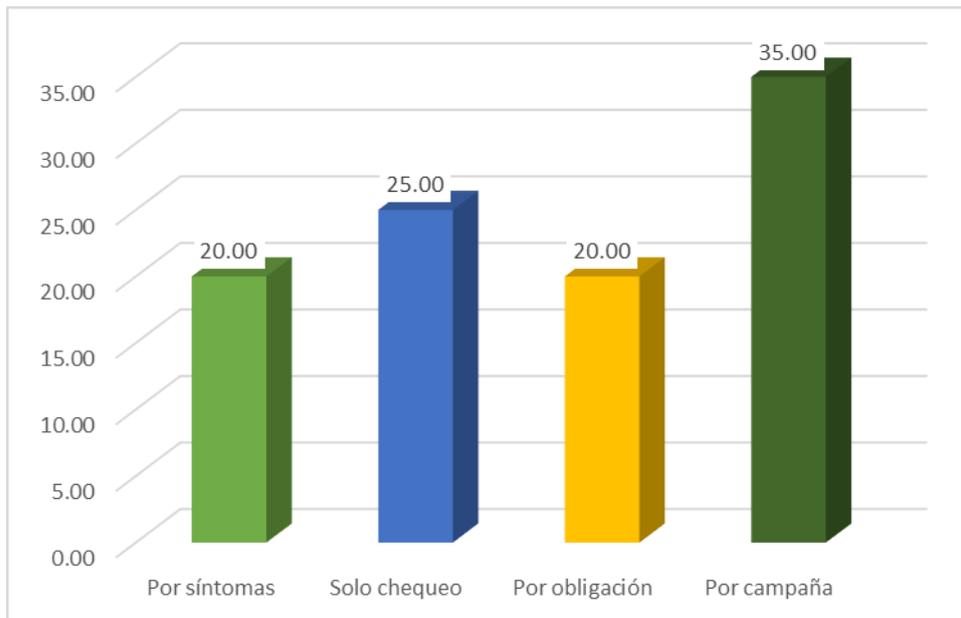
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 17.50% de las pacientes encuestadas son solteras, el 27.50% son casadas, el 40.00% son convivientes y un 15.00% tienen otro estado civil.

Tabla 4

*Distribución de datos según la razón que acudieron al médico*

Niveles	f	%
Por síntomas	8	20.00
Solo chequeo	10	25.00
Por obligación	8	20.00
Por campaña	14	35.00
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 4: Datos según la razón que acudieron al médico*

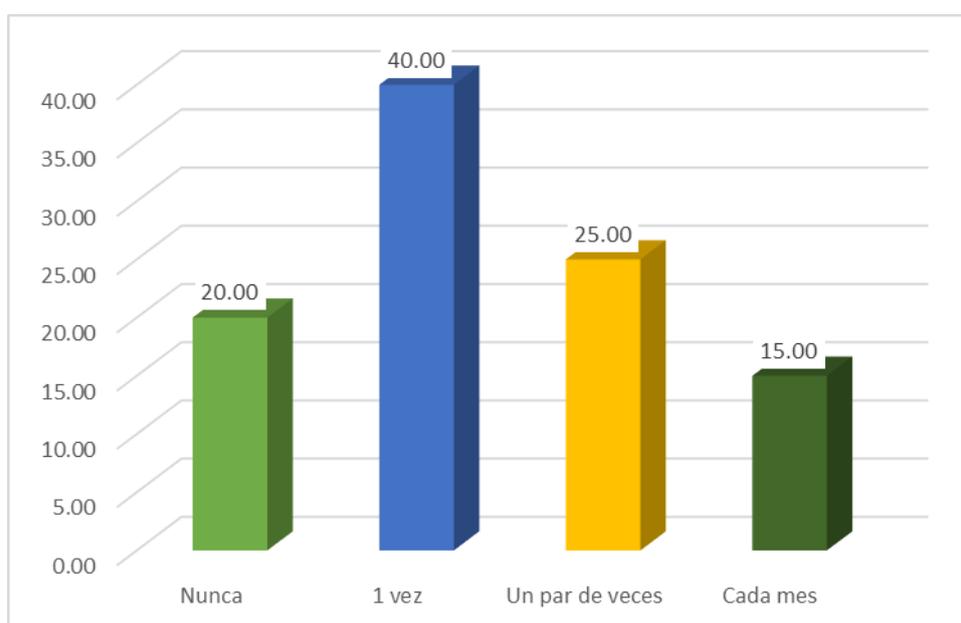
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 20.00% de las pacientes encuestadas acudieron al médico por síntomas, el 25.00% por chequeo, el 20.00% por obligación y un 35.00% por campaña.

Tabla 5

*Distribución de datos según realización de exámenes preventivos durante los últimos 6 meses.*

Niveles	f	%
Nunca	8	20.00
1 vez	16	40.00
Un par de veces	10	25.00
Cada mes	6	15.00
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 5:* Datos según realización de exámenes preventivos durante los últimos 6 meses.

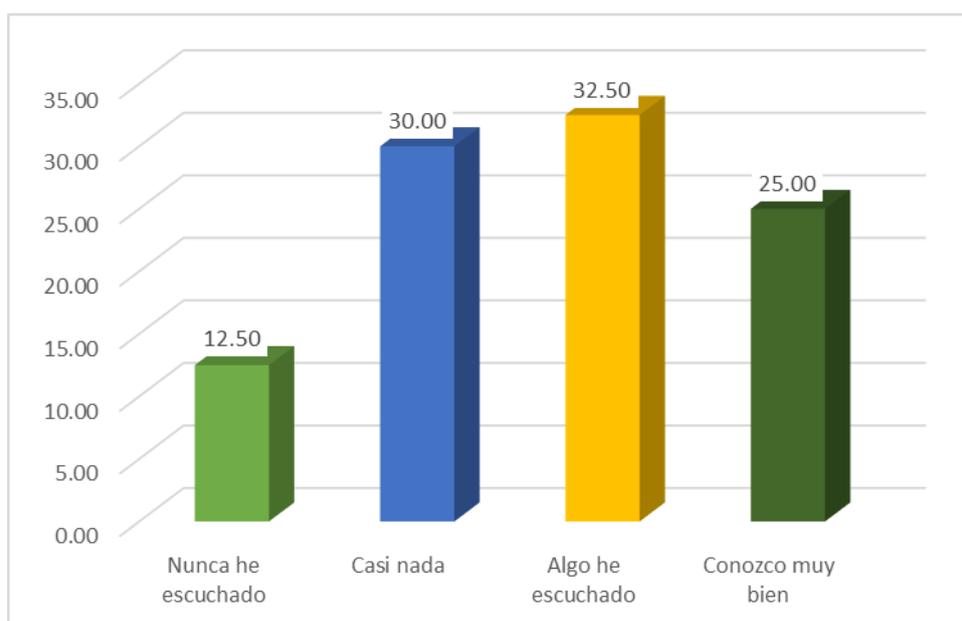
**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 20.00% de las pacientes encuestadas nunca se realizaron exámenes preventivos en los últimos 6 meses, el 40.00% se realizó una sola vez, el 25.00% se realizó un par de veces exámenes preventivos y un 15.00% se realiza cada mes exámenes preventivos.

Tabla 6

*Distribución de datos según el conocimiento de autoexamen de mama*

Niveles	f	%
Nunca he escuchado	5	12.50
Casi nada	12	30.00
Algo he escuchado	13	32.50
Conozco muy bien	10	25.00
Total	40	100.00

*Fuente:* Encuesta de elaboración propia



*Figura 6:* Datos según el conocimiento de autoexamen de mama

**Análisis e Interpretación:** Según los datos obtenidos el 12.50% de las pacientes encuestadas nunca han escuchado sobre autoexamen de mama, 30.00% casi nada, el 32.50% escucharon algo y el 25.00% conocen muy bien el autoexamen de mama.