

**CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE USUARIAS DE
CONSULTA DE SENO EN LA LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER
EN EL AÑO 2012**

NATHALY REINA VEGA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2013

**CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE USUARIAS DE CONSULTA
DE SENO EN LA LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER EN EL AÑO
2012**

NATHALY REINA VEGA

Trabajo de grado para optar el título de Trabajadora Social

**DIRECTORA
LAURA ESTHER MORENO ROJAS
TRABAJADORA SOCIAL**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2013**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. MATERIALES Y MÉTODOS	13
1.1 DISEÑO	13
1.2 POBLACIÓN	13
1.3 ENTORNO	16
1.4 INTERVENCIONES	16
1.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	16
2. RESULTADOS	17
3. DISCUSIÓN	24
4. CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	34

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Rango de edad de las usuarias de consulta de seno en la Liga Santandereana Contra el Cáncer. (En adelante LSCC).	17
Gráfico 2. Estado civil de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.	18
Gráfico 3. Ocupación de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.	18
Gráfico 4. Nivel de escolaridad de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.	19
Gráfico 5. Estrato de la vivienda de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.	20
Gráfico 6. Procedencia de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.	20
Gráfico 7. Conocimiento sobre cáncer de seno por las usuarias de consulta de seno en la LSCC.	21
Gráfico 8. Realización de auto examen por usuarias de consulta de seno en la LSCC.	21
Gráfico 9. Consumo de frutas y verduras en usuarias de consulta de seno en la LSCC	22
Gráfico 10. Motivo de solicitud de la consulta de seno por usuarias de la LSCC.	22

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Muestra por conglomerado de usuarias de consulta de seno en la LSCC.	15

RESUMEN

TITULO: CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE USUARIAS DE CONSULTA DE SENO EN LA LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER EN EL AÑO 2012*

AUTOR: NATHALY REINA VEGA**

PALABRAS CLAVE: Cáncer de seno, Características socio-demográficas, Consulta de seno, Detección temprana, Determinantes de la salud.

El cáncer de seno es una enfermedad que afecta en la mayoría de casos a las mujeres, y se ha convertido en una problemática que agudiza, aumentando las tasas de mortalidad en mujeres por esta enfermedad. El cáncer es curable si se detecta en sus etapas iniciales, por esto la promoción de la realización del autoexamen para la detección temprana. El objetivo principal de la investigación es identificar las características socio- demográficas de las mujeres que acudieron a consulta de seno en la Liga Santandereana Contra el Cáncer durante el año 2012. La investigación realizada fue cuantitativa, descriptiva de corte transversal, se utilizaron las variables demográfica, económica y social para identificar y analizar la incidencia de estas en el cáncer de seno. La población fue 3166 mujeres que acudieron a consulta de seno durante el año 2012. El tipo de muestreo fue probabilístico con selección sistemática, y con representación de 357 mujeres usuarias; la técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta telefónica. Los resultados indican que la mayoría de mujeres usuarias se encuentran en el rango de edad de 35 a 50 años, tiene pareja permanente, desempeñan labores de ama de casa, y el mayor grado de escolaridad formal alcanzado es de bachillerato, pertenecen al nivel de estratificación medio, bajo-bajo, conocen sobre el cáncer de seno, pero aun así no se realiza el auto examen de seno mensualmente, y por último no consumen en su dieta diaria frutas y verduras. Estos resultados obtenidos tienen concordancia con diversos estudios, donde se concluye que la mayoría de mujeres de consulta y diagnosticadas con cáncer de seno son de edad adulta, casadas, amas de casa, con nivel de estratificación medio-bajo, y con estudios de secundaria como máxima escolaridad formal alcanzada, y la mayoría presenta obesidad.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de trabajo Social. Director: Laura Esther Moreno Rojas

ABSTRACT

TITLE: CHARACTERIZATION PARTNER-DEMOGRAPHIC OF USERS OF CONSULTATION OF BREAST IN THE LEAGUE SANTANDEREANA AGAINST THE CANCER IN THE YEAR 2012^{*}

AUTHOR: NATHALY REINA VEGA ^{**}

KEYWORDS: Cancer of breast, Characteristics partner - demographics, Consultation of breast, early Detection, Determinants of the health.

The cancer of breast is a disease that affects in the majority of cases the women, and it has turned into a problematic that it sharpens, increasing the rates of mortality in women for this disease. The cancer is curable if it is detected in his stages initiate, for this the promotion of the accomplishment of the auto examination for the early detection. The principal objective of the investigation is the characterization partner - demographic of the women who came to consultation of breast in the League Santandereana against the Cancer during the year 2012. The realized investigation was quantitative, descriptive of transverse court; the variables were in use demographic, economic and social to identify and to analyze the incident of these in the cancer of breast. The population was 3166 women who came to consultation of breast during the year 2012. The type of sampling was random with systematic selection and with representation of 357 women users; the technique used for the compilation of information was the telephonic survey. The results indicate that the majority of women users are in the range of age from 35 to 50 years, they have permanent pair, they perform housewife's labors and the major level of formal education reached is of baccalaureate, they belongs at the level of stratification average, low - low, is known on the cancer of breast, but even like that they do not realize the auto examination of breast monthly, and finally they do not consume in their daily diet fruits and vegetables. These obtained results have correspondence with diverse studies, where one concludes that the majority of women of consultation and diagnosed with cancer of breast they are of adult age, married, housewives, average-low level of stratification and with studies of secondary as maximum formal reached education, and the majority presents obesity.

* Work of grade

** Faculty Humanities. School Work Social. Director: Laura Esther Moreno Rojas

INTRODUCCIÓN

El cáncer se origina a partir de la malformación de células, que comienzan a crecer en forma descontrolada, invadiendo el órgano del cuerpo donde se forman y posteriormente los demás tejidos. El cáncer de seno específicamente, es una enfermedad que se desarrolla en la mayoría de casos en las mujeres, es un tipo de cáncer, que solo puede ser prevenido por medio de la mastectomía profiláctica reduciendo el riesgo en un 90%, es una cirugía que consiste en la extirpación de las mamas antes de la aparición de la enfermedad, y es una técnica útil para mujeres con alto riesgo de desarrollar el cáncer de seno, esta técnica es de alto costo y no está incluida dentro del Plan Obligatorio de Salud, por lo cual no se encuentra al alcance de la mayoría de mujeres.

Las campañas y programas de salud referidos al cáncer de seno están dirigidos a la detección temprana con el fin de encontrar diagnósticos de la enfermedad en sus etapas iniciales, para la realización de un tratamiento oportuno, teniendo en cuenta que el cáncer en sus inicios es asintomático, es decir, cuando inicia no se observan síntomas y cuando estos aparecen, el cáncer ya está desarrollado en fases avanzadas, por lo anterior la promoción de la importancia de la aplicación de tamizajes de manera oportuna, y de la asistencia periódica a consulta médica.

Según el médico Carlos Castro (2013), director científico de la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, en Colombia, el cáncer de seno es la primera causa de muerte en mujeres superando el cáncer de cérvix y gástrico. Esta situación se ha convertido en un problema de salud pública, que ha requerido intervención por medio de políticas públicas, que aborden la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, las cuales son fases primarias de atención, dirigidas a población en general en materia de promoción como factores protectores, y en

materia de prevención, se focaliza la atención a población vulnerable que posee factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Estas medidas con el fin de mejorar la calidad de vida, y realizar detección temprana de la enfermedad.

La teoría de la multicausalidad de factores que afectan la salud expuesta por la Organización Mundial de la Salud (2008), (en adelante OMS) ilustra la salud mediante un triángulo equilátero que representa los ámbitos que componen al ser humano, el ámbito físico, psicológico y social, los cuales definen su completo bienestar; la afectación negativa de cualquiera de estos ámbitos desequilibra y repercute en el estado de salud. Ya no solo el ámbito físico afecta la salud, por lo tanto se requiere de una atención integral que incluya también el ámbito psicológico y social, a la hora de afrontar una problemática como el cáncer de seno.

Para mantener un equilibrio en los ámbitos que componen al ser humano, es importante el manejo adecuado de factores externos e internos que rodean e interactúan con el ser humano y se convierten en determinantes de la salud; entre estos se encuentra el factor físico, determinado por el medio ambiente; el factor social, influido por el nivel económico; la educación; la cultura, entre otros; el factor psicológico que incluye el estilo de vida, que contienen las características personales, las interacciones sociales, las condiciones de vida y las conductas cotidianas; y por último el factor biológico donde la genética se constituye en un factor de riesgo, de acuerdo a la susceptibilidad del organismo de cada persona a la enfermedad. (OPS, 1986).

Según American Cancer Society (2012), en la actualidad las diversas investigaciones sobre el cáncer integran en sus contenidos y establecen como retos la profundización de los múltiples factores que pueden incidir en el desarrollo del cáncer de seno, con el fin de generar estrategias de prevención, que permitan

la reducción de la tasa de mortalidad por esta causa y el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres.

La investigación social hace parte de la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud. “Uno de los objetivos del Trabajo social en salud es la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud – enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de la enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellos” (Amaya, 2002, p. 7). Reiterando Amaya (2002), menciona:

En investigación además de la identificación de factores incidentes en la salud, es necesaria la comprensión e interpretación de dichos factores, el análisis de los problemas sociales emergentes y de sus posibles consecuencias en la salud de la población, los comportamientos frente a la salud – enfermedad, la demanda de servicios en salud, y el establecimiento de estrategias de intervención que permitan fortalecer los hábitos saludables (factores protectores), y disminuir los hábitos inadecuados (factores de riesgo), en la población. (p.8)

La presente investigación pretende describir de manera crítica las características socio-demográficas como la edad, el estado civil, la ocupación, el estrato socio-económico de la vivienda, el nivel de escolaridad alcanzado, y algunos conocimientos y prácticas saludables relacionadas con el cáncer de seno, entre otras, de las mujeres que acudieron a consulta de seno en la Liga Santandereana Contra el Cáncer, (en adelante LSCC), identificando ¿qué incidencia tienen estas características en la problemática del cáncer de seno?

Esta investigación fue cuantitativa descriptiva de corte transversal y se realizó en la LSCC, entre el mes de enero y agosto del año en curso.

1. MATERIALES Y MÉTODOS

1.1 DISEÑO

El tipo de investigación realizada fue descriptiva, y transversal, recolectó una serie de datos en su contexto natural y en un único momento, por medio de las variables demográfica, económica y social, las cuales permitieron un análisis descriptivo de la caracterización.

1.2 POBLACIÓN

El universo de la investigación correspondió a 3166 mujeres que representaron el número total de usuarias que acudieron a consulta de seno en el año 2012, a la Liga Santandereana Contra el Cáncer.

El tipo de muestreo fue probabilístico, para que la población tuviera la misma posibilidad de ser seleccionada; y por medio de conglomerados, se ubicó la población universo en cuatro grupos, que representaron el número de médicos que atendieron la consulta de seno en la institución en el año 2012, y estos grupos a su vez tuvieron un porcentaje representativo de acuerdo al número de mujeres atendidas por cada médico. Para hallar la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

Y luego se ajusta a

$$\frac{n'}{1 + (n'/N)}$$

N= tamaño de la población universo. (3166)

Y= valor promedio de una variable. (1 mujer usuaria por cada consulta médica)

Se= valor estándar (0.015)

P= (09)

n'= tamaño de la muestra sin ajustar

n= tamaño de la muestra". (Sampieri, 1997, p.266).

Sustituyendo se tuvo que:

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

$$S^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.09) = 0.09.$$

$$V^2 = (0.015)^2 = 0.000225$$

$$n' = \frac{0.09}{0.000225} = 400$$

Y se ajustó a

$$\frac{n'}{1 + (n'/N)} = \frac{400}{1 + (400/3166)} = \frac{400}{1.12} = 357$$

La muestra fue de 357 mujeres que acudieron a la consulta de seno, y posteriormente se procedió a calcular el porcentaje que representó cada conglomerado en la muestra, como lo indica la Tabla 1.

Tabla 1. Muestra por conglomerado de usuarias de consulta de seno en la LSCC.

No Conglomerados	No de usuarias atendidas	Porcentaje representativo	Muestra por conglomerado
01	732	$732 \cdot 100\% / 3166 = 23\%$	$357 \cdot 23\% / 100 = 82$
02	542	$542 \cdot 100\% / 3166 = 17\%$	$357 \cdot 17\% / 100 = 61$
03	660	$660 \cdot 100\% / 3166 = 21\%$	$357 \cdot 21\% / 100 = 75$
04	1232	$1232 \cdot 100\% / 3166 = 39\%$	$357 \cdot 39\% / 100 = 139$
Total	3166	100%	357

Fuente: investigación propia, 2013.

Conocido el tamaño de la muestra y el porcentaje representado por cada conglomerado, se procedió a realizar la selección de los elementos muestrales, por medio de la selección sistemática. “Esta consiste en seleccionar una población N, una muestra n, a partir de un intervalo K, donde K está determinada por la población universo y la muestra” (Sampieri, 1997, p. 272,273).

Se realizó la siguiente fórmula: $K = N/n$. Reemplazada se obtuvo que:

$K = 3166/357 = 9$. Por lo tanto 9 fue el intervalo para la selección, es decir, decada nueve historias clínicas de las usuarias se seleccionó una para hacer parte de la muestra, comenzando al azar, y luego sucesivamente por cada uno de los conglomerados de acuerdo al porcentaje que representó, hasta completar el número total de la muestra.

1.3 ENTORNO

La investigación fue realizada en la institución, Liga Santandereana Contra el Cáncer.

1.4 INTERVENCIONES

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta telefónica, la cual fue aplicada a 357 mujeres usuarias de la institución, seleccionadas para la muestra, la encuesta fue elaborada con tres tipos de variables, demográfica, económica, y social, representadas en 21 preguntas cerradas politómicas, con una alternativa de selección, y una última pregunta abierta. Las preguntas cerradas fueron previamente codificadas, y la pregunta abierta se codificó al final de la aplicación del instrumento, por sus múltiples respuestas.

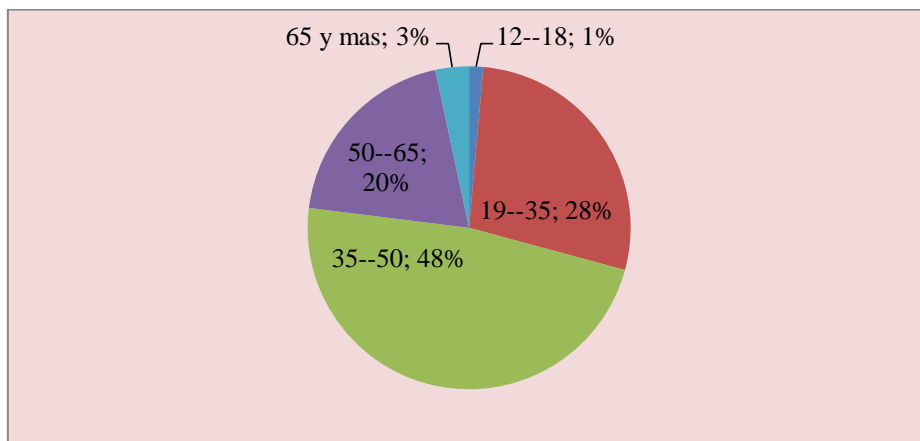
1.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información recolectada se organizó en una matriz de datos ya codificados anteriormente, de acuerdo a los ítems y categoría de cada variable, en Microsoft Office Excel, posteriormente se procedió a tabular en el mismo programa la información registrada en la matriz de datos, y se realizó un análisis descriptivo de los resultados de cada ítem.

2. RESULTADOS

Los resultados de la investigación indican la influencia directa en el cáncer de seno de la edad, el estado civil, el nivel de escolaridad, la ocupación, los estilos de vida, en cuanto a dietas alimenticias no balanceadas, la no realización de autoexamen de seno, y asistencia a consulta por sintomatología y no por prevención, aspectos que actúan como determinantes de la salud, específicamente el cáncer de seno en mujeres.

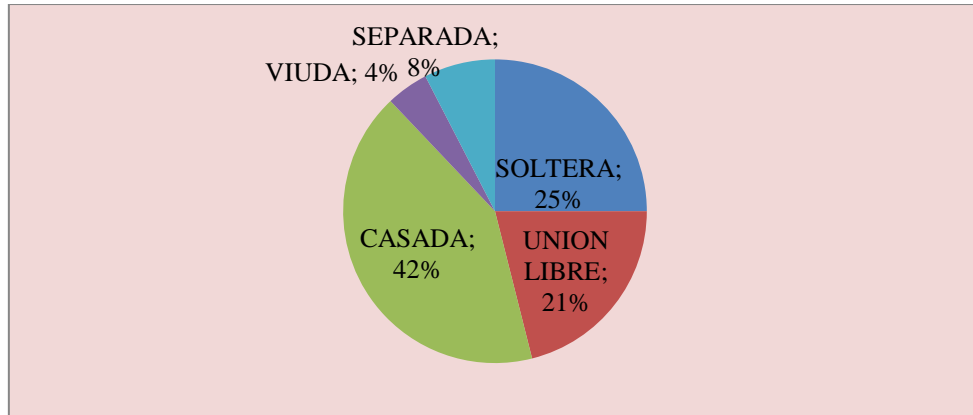
Gráfico 1. Rango de edad de las usuarias de consulta de seno en la Liga Santandereana Contra el Cáncer. (En adelante LSCC).



Fuente: Investigación propia, 2013.

El 48 % de mujeres que acudieron a la consulta de seno, en el año 2012 se encuentran en el rango de edad de 35 a 50 años, lo que indica que se encuentran en la etapa adulta. El rango de edad que le sucede es de 19 a 35 años de edad con un 28% de mujeres en etapa joven, en tercer lugar mujeres de 50 a 65 años con el 20%, que corresponde a la edad adulta madura, y en cuarto y quinto lugar, mujeres mayores de 65 años de la tercera edad, con un 3% y mujeres entre 12 y 18 años en etapa de adolescencia con solamente 1%.

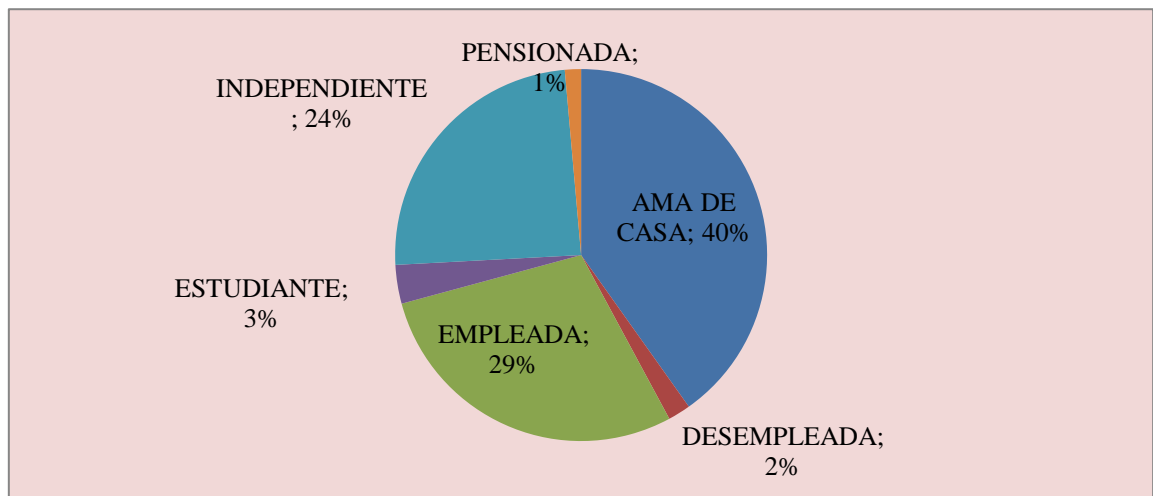
Gráfico 2. Estado civil de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.



Fuente: Investigación propia, 2013.

El mayor número de mujeres que acudieron a la consulta de seno son casadas, con el 42% y en orden descendente le siguen mujeres solteras con 25%, mujeres en unión libre con 21%, mujeres separadas con 8 %, y por ultimo mujeres viudas con 4%, lo que indica que la mayoría de mujeres que acudieron a la consulta son casadas, y la menor demanda de consulta es de las mujeres viudas.

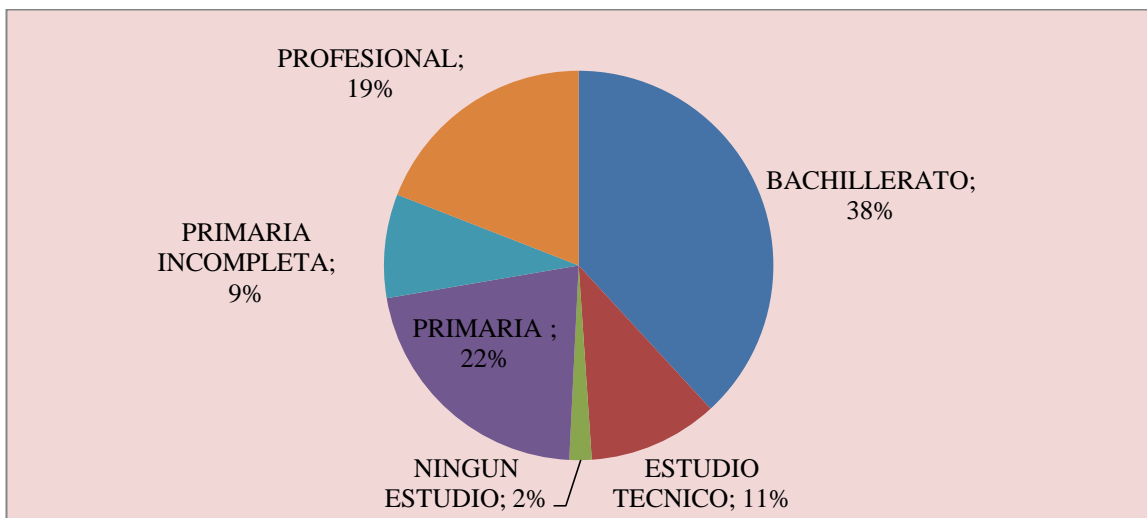
Gráfico 3. Ocupación de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.



Fuente: Investigación propia, 2013

La ocupación más desempeñada por las mujeres que acudieron a consulta es ama de casa con un 40%, seguida por empleadas de diversas actividades con un 29%, y en tercer lugar trabajadoras independientes con el 24%. Las ocupaciones con bajo porcentaje son estudiante y desempleada con el 3%, y pensionada con el 1%.

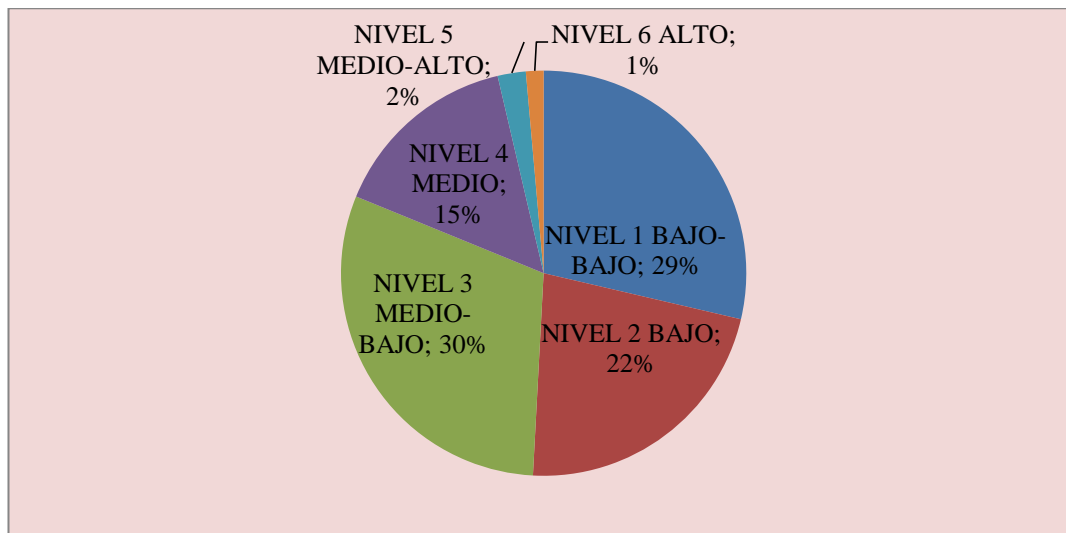
Gráfico 4. Nivel de escolaridad de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.



Fuente: Investigación propia, 2013.

El mayor nivel de escolaridad formal alcanzado por las usuarias que acudieron a consulta de seno es el bachillerato con un porcentaje del 38%, seguido por primaria con el 22%, y estudios universitarios con el 19%, la menor escolaridad alcanzada son estudios técnicos con el 11%, la primaria incompleta con el 9% y por último ningún estudio con el 2%.

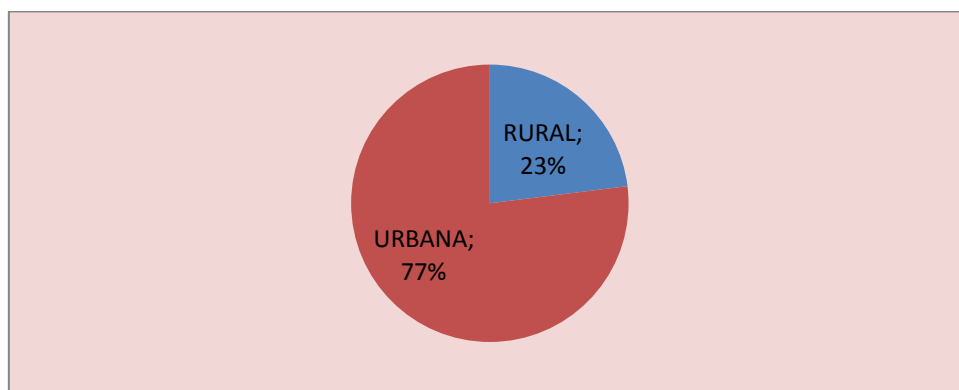
Gráfico 5. Estrato de la vivienda de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.



Fuente: Investigación propia, 2013

El 30% de las viviendas de las mujeres usuarias pertenece al nivel de estratificación medio- bajo, el 29% al nivel bajo-bajo, el 22% al nivel bajo, el nivel medio al 15%, el nivel medio alto al 2% y el nivel 6 al 1%, lo que demuestra que la estratificación de la mayoría de las viviendas se encuentra en el nivel medio, bajo-bajo.

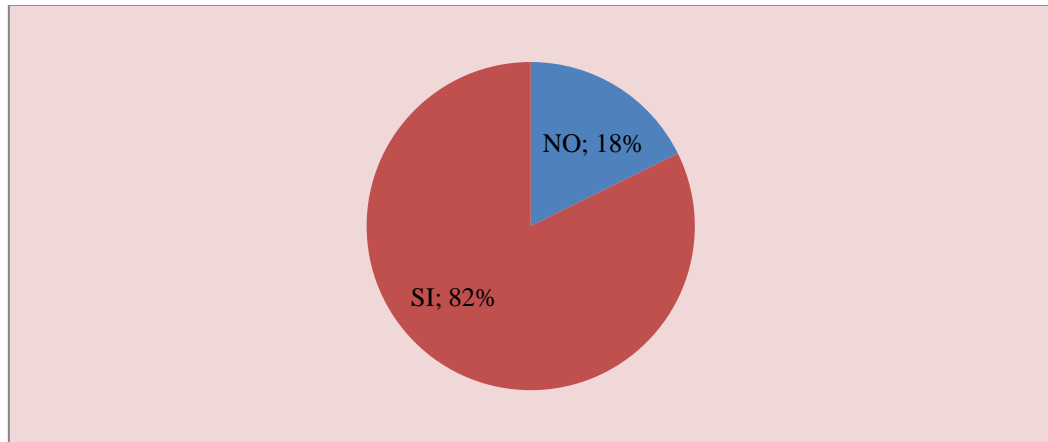
Gráfico 6. Procedencia de las usuarias de consulta de seno en la LSCC.



Fuente: Investigación propia 2013

El 77% de las mujeres que acudieron a la consulta de seno provienen del área urbana, y el 23% del área rural.

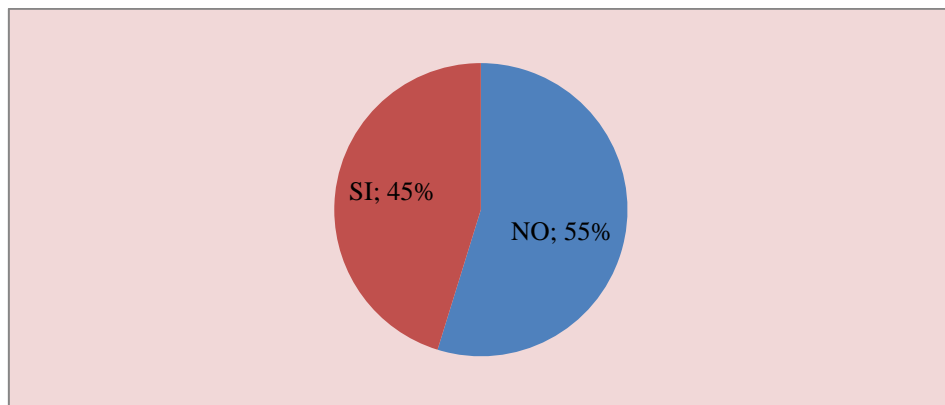
Gráfico 7. Conocimiento sobre cáncer de seno por las usuarias de consulta de seno en la LSCC.



Fuente: Investigación propia 2013.

El 82% de las usuarias de la consulta de seno informan que tienen conocimiento sobre esta enfermedad, y el 18% desconoce sobre la enfermedad, lo que indica que la gran mayoría tiene conocimiento sobre el cáncer de seno.

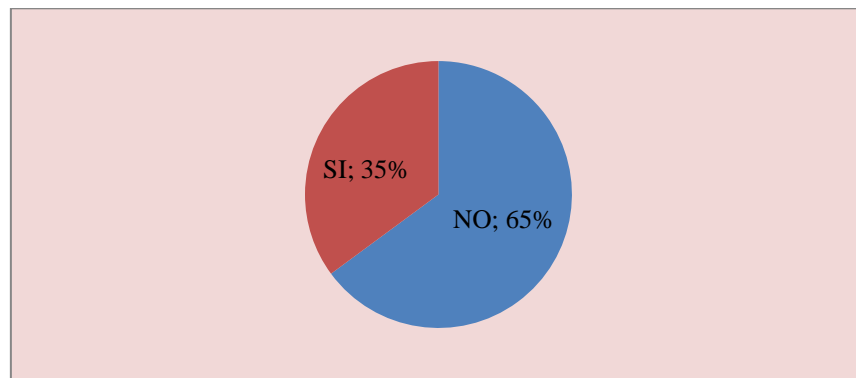
Gráfico 8. Realización de auto examen por usuarias de consulta de seno en la LSCC.



Fuente: Investigación propia, 2013.

El 55% de las usuarias no se realiza autoexamen de seno mensualmente, es decir, no es un hábito frecuente del auto cuidado, aunque la mayoría de las mujeres tiene conocimiento sobre el tema, este no ha sido apropiado y puesto en práctica.

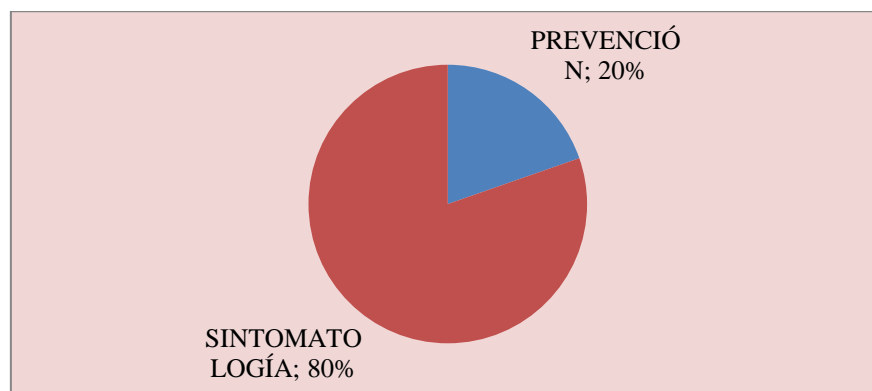
Gráfico 9. Consumo de frutas y verduras en usuarias de consulta de seno en la LSCC



Fuente: Investigación propia, 2013.

El consumo de frutas y verduras tiene un porcentaje bajo en las usuarias de consulta de seno, el 65% de las mujeres no consume en su dieta diaria estos alimentos, y el 35% mencionan consumirlos todos los días.

Gráfico 10. Motivo de solicitud de la consulta de seno por usuarias de la LSCC.



Fuente: Investigación propia, 2013.

La sintomatología es el mayor motivo por el cual acuden las usuarias a consulta de seno en la institución representado con el 80% de las mujeres y el 20% acudió a la consulta de seno por prevención, lo que indica, que las mujeres acuden a consulta médica por síntomas, como dolor, anormalidades en los senos, secreciones, y entre otros.

3. DISCUSIÓN

De acuerdo con la información obtenida a través de las variables seleccionadas para la presente investigación, los resultados muestran la gran influencia de estas frente al cáncer de seno, entendiendo que de acuerdo a las características socio-demográficas de cada mujer, es posible identificar las prácticas adecuadas o inadecuadas que afectan su estado de salud.

El Gráfico1 muestra que el rango de edad de mayor asistencia a consulta de seno en la LSCC, es de 35 a 50 años de edad, lo que indica un rango de edad adulta, donde el riesgo del cáncer de seno aumenta. Y la menor asistencia a consulta se encuentra en el rango de 12 a 18 años, donde el riesgo es menor. Aproximadamente el 75% de todos los cánceres invasivos aparecen en población femenina susceptible a partir de los 55 años de edad, Thun et al (citado por Nevado 2010). La asistencia periódica a consulta de seno entre los 35 y 50 años de edad permite una detección temprana de la enfermedad.

La edad es un riesgo que puede ser explicado por la prolongada exposición de las mamas a procesos hormonales, y más aún cuando la menarquía llega antes de los 12 años, y/o la menopausia después de los 50 años. “Los estrógenos son los responsables de estimular el crecimiento y desarrollo celular en la glándula mamaria, por lo tanto la aparición de un evento iniciador del proceso de carcinogénesis en el tejido mamario se vería influenciado al promover la proliferación de células tumorales” Orgeas et al (citado por Nevado 2010, p.144-145). Las mujeres que han tenido más ciclos menstruales, tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno, debido a una mayor exposición a las hormonas estrógeno y progesterona durante toda la vida (American Cancer Society, 2008). Por lo tanto a medida que la edad avanza los factores de riesgo

persisten y aumentan, pero ocurre una reducción de su impacto al alcanzar la menopausia, por la inexistencia de ciclos menstruales.

El estado civil está relacionado con la edad, teniendo en cuenta que el 42% de las mujeres que acudieron a la consulta en la LSCC son casadas y sumado con el 21% que viven en unión libre, el 63% tienen pareja permanente, y la actividad más realizada por estas mujeres es amas de casa representada por el 40%.

Los resultados de la presente investigación referidos en el Grafico 2, tienen concordancia con diversos estudios realizados a mujeres que han desarrollado cáncer de seno, y que asisten a consultas oncológicas. Aguilar et al. (2012), encontraron que en un estado de México la mayoría de las mujeres con esta enfermedad, y de control preventivo de cáncer de seno tenían pareja, representado el 60.9% para las primeras, y el 64.3% para el grupo de prevención. Con similares resultados Gómez & Lugo (2010) afirman que la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno, son casadas, y un gran porcentaje en unión libre. “Cuando se descubre la enfermedad de cáncer de seno en la mayoría de casos es en estadio tardío, y ya la mayoría de mujeres han establecido un núcleo familiar” (Gómez & Lugo, 2010, p.57). El estado civil no es un factor de riesgo establecido, pero se puede afirmar que el cáncer de seno afecta más a mujeres casadas o que tienen compañero permanente, y esto se asocia directamente con la edad, entendiendo que un gran porcentaje son de edad adulta, donde el riesgo aumenta y a su vez “el diagnóstico de cáncer de mama se hace mayoritariamente en estados avanzados” (Zapata, 2009, p.77).

La ocupación de las usuarias de la LSCC, representada en el Gráfico 3, revela que la actividad más realizada es ama de casa, y la menor actividad realizada está representada por mujeres estudiantes, de igual manera Aguilar et al. (2010) encuentran que la mayoría de mujeres tanto con cáncer de seno, como usuarias de oncología realizan actividades de ama de casa, por otro lado Proenza,

Gallardo, Leonel & De la paz (2012), coinciden con el mayor porcentaje que representa la actividad de ama de casa en su estudio, con el 61.4%. Y la menor actividad estudiantes con un 7.7%. Lugo et al (1998), encuentra resultados similares donde prevalece la actividad de ama de casa.

Algunos estudios tratan de demostrar la relación entre radiaciones no ionizantes o el calor emitido por la cocina a los cuales se exponen las mujeres amas de casa durante toda su vida, y el cáncer de seno pero aún no hay una evidencia clara que establezca esta actividad como un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad (Argote, et al., 2010).

Es posible que la actividad esté relacionada con estilos de vida y educación, Fonticiella, Echeverría & Almeida (2001), realizaron un estudio sobre el comportamiento del cáncer de seno en un municipio Perú y concluyeron que esta enfermedad prevalece en amas de casa con bajo nivel de escolaridad, lo que asegura la existencia de una estrecha relación en la falta de conocimiento formal y la cultura. Esto impide la preocupación por la realización del autoexamen y el examen clínico, aspectos fundamentales para la detección precoz.

Como se ha mencionado anteriormente, el nivel educativo es importante a la hora de adquirir conocimiento que permitan la adopción de comportamientos saludables, lo que hace que se convierta en un determinante de la salud.(OPS 1986). El Gráfico 4 muestra que el bachillerato es el nivel formal de escolaridad alcanzado por la mayoría de usuarias de la LSCC con el 38%, seguido por la primaria con el 22%. Aguilar et al (2012), encuentran en su estudio que el 24.3% habían alcanzado la secundaria completa y el 25.2% la primaria incompleta. Con resultados similares demostró un estudio realizado en Antioquia a mujeres con cáncer de seno, que el 37.8% alcanzaron estudios secundarios y el 33.6% alcanzaron la primaria, estableciendo que las mujeres en estas condiciones poseen una menor calidad de vida en cuanto posibilidades de acceso a

tratamientos oportunos y a redes de comunicación (Zapata, 2009). En la aplicación de un instrumento para medir la calidad de vida en un grupo de mujeres con cáncer de seno se encontró que el 65% había alcanzado la secundaria (Lugo et al., 1998). Los estudios indican que la mayoría de mujeres con cáncer de seno han alcanzado estudios de la primaria y la secundaria, y las minorías los estudios técnicos y universitarios.

El estrato socio-económico de las viviendas se relaciona con la condición socio-económica de las personas que residen en ellas, lo cual tiene una repercusión en la salud, aunque el cáncer de seno es una enfermedad que se desarrolla en mujeres residentes en diferentes estratos sociales. El factor económico es un determinante de la salud, que establece el alcance de los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre ella, por lo tanto este aspecto influye en todos los ámbitos del ser humano (OMS 2008).

La mayoría de mujeres diagnosticadas con cáncer de seno se encuentran en el nivel de estratificación medio, bajo-bajo, como lo indica la Gráfica 5, en concordancia con Gómez & Lugo (2010), donde el 70% de las mujeres con esta enfermedad pertenecían al nivel medio- bajo y bajo. El estudio ya mencionado en Antioquia, reflejó que el 89% de mujeres diagnosticadas con cáncer de seno pertenecían a estrato medio y bajo; y la autora concluye que “El alto nivel de calidad de vida debido a las comodidades y privilegios inherentes al nivel adquisitivo, permite tener un mejor acompañamiento y seguimiento tanto físico, como psicológico y social, lo cual se dificulta en gran medida en las mujeres con menor nivel socio-económico” (Zapata, 2009, p. 57, 64,75). En Colombia las mujeres más vulnerables enfrenta mayores barreras de acceso a atención médica y a tratamientos (Velázquez, Carrasquilla & Roca 2009).

El Gráfico 7 indica que el 82% de las mujeres encuestadas tienen conocimientos sobre el cáncer de seno. Esto se atribuye a la promoción de la salud y a la

prevención de la enfermedad como estrategias del nivel primario, llamado a reforzar por las entidades gubernamentales y no gubernamentales de cada país. Esto ha fomentado la creación políticas públicas que incluyen múltiples campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de cada problemática. Para este caso tanto en la institución LSCC, como en las diferentes entidades de salud se realizan campañas anuales sobre la importancia de detección temprana del cáncer de seno.

En un estudio a mujeres, sobre los conocimientos de factores de riesgo en cáncer de seno realizado en un Estado de Venezuela, se observó que el 78.6% de las mujeres encuestadas refiere que el control frecuente de las mamas es muy importante, y más de la mitad (64.6%), afirma que el examen de mama sirve para la detección temprana del cáncer de seno, (Rodríguez, Rodríguez, Triana & Mendoza, 2012). Esto que indica que las mujeres poseen conocimientos sobre la importancia de los tamizajes y la revisión médica.

La mayoría de mujeres tienen conocimientos sobre esta enfermedad, pero la apropiación de estos conocimientos en la práctica cotidiana es baja, como lo muestra el Gráfico 8 donde el 55% de las mujeres no se realiza el autoexamen de seno mensual y el Gráfico 10, indica que el 80% de las mujeres usuarias asisten a consulta por sintomatología y solo el 20% asiste por prevención. Rodríguez et al(2012), halló en su estudio que el 49.2% de mujeres encuestadas acuden a consulta solo cuando tienen algún síntoma en sus mamas y el 25.7% nunca realizan control médico ni por síntomas. López et al (2009) afirma que las características socio-demográficas inciden en la práctica de revisión de los senos; su estudio reveló que las mujeres residentes en el área rural y con baja escolaridad acudieron con menor frecuencia a exámenes clínicos de seno en comparación con las mujeres del área urbana con estudios básicos. Con similares resultados, el Gráfico 6 indica que el 77% de las mujeres que acudieron a consulta provenían del área urbana y solo 23% del área rural.

Proenza et al, (2012) expone que la práctica del autoexamen en muchos casos es realizada, pero no adecuadamente, en su estudio observó que el 69.2% no se practicaba el autoexamen; el 30.8% si se lo practicaban; y en cuanto a la frecuencia de realización el 46% no tenía periodicidad, y solo el 15% lo hacía mensualmente. Lo que muestra una distancia entre identificar hábitos saludables y apropiarlos.

La alimentación se encuentra dentro de los estilos de vida como un determinante de la salud, que afecta directamente el organismo y sus funciones vitales (OPS 1986).

Los resultados registrados en el Gráfico 9, indican que el 65% de mujeres no consumen en su dieta diaria frutas y verduras, los cuales son alimentos necesarios para una dieta balanceada. Específicamente, no se ha demostrado que frutas y verduras contribuyen a la disminución del desarrollo del cáncer, pero si se ha establecido una relación entre la obesidad y el cáncer de seno (American Cancer Society 2012). En un grupo de mujeres con cáncer de seno se halló que el 53.9% se encontraba dentro del rango de sobrepeso y obesidad. (Zapata et al, 2009).

Los alimentos que se ven implicados en el desarrollo o control de la obesidad, son la cantidad de calorías, grasas, fibra vegetal, el alcohol, el calcio, las vitaminas E, C, A, el beta-caroteno, las frutas cítricas y los vegetales de hoja verde en la alimentación de cada día. (Ministerio de la Protección Social, 2004).

La variable de obesidad no fue indagada en las mujeres encuestadas, ni solo el no consumo de frutas y verduras determina el riesgo de tener obesidad, pero teniendo en cuenta que tiene un grado de afectación se expone brevemente la relación entre el cáncer de seno y la obesidad, como producto de una alimentación no adecuada.

El efecto de la obesidad sobre el riesgo de cáncer de seno depende del estado menopáusico de la mujer, después de la menopausia las mujeres obesas tienen 1.5 veces el riesgo de mujeres de peso saludable; esto se explica por los altos niveles de estrógeno, aunque antes de la menopausia los ovarios son la fuente principal de estrógeno, este también se produce en el tejido graso, y después de la menopausia cuando los ovarios dejan de producir hormonas, el tejido graso pasa a ser la fuente más importante de estrógeno. Además al tener sobrepeso se mantienen los tejidos sensibles a estímulos de estrógenos lo que lleva a un crecimiento más rápido de tumores de seno. (INC, 2004).

4. CONCLUSIONES

- Es importante adoptar hábitos saludables como el autoexamen de seno desde la adolescencia, teniendo en cuenta que el rango de edad de 12 a 18 años tiene menor porcentaje de asistencia a consulta de seno; aunque en este rango de edad el riesgo es menor, la apropiación de estos hábitos saludables tempranamente permitirá un estilo de vida sano y una prevención de la enfermedad a largo plazo. Para esto es necesario incorporar a mujeres desde la adolescencia hasta la tercera edad, en programas educativos que promuevan la importancia de adoptar estilos de vida saludables como la realización mensual del autoexamen de seno, la alimentación balanceada, para todas las mujeres y la visita periódica a consulta de seno a partir de los 20 y 30 años de edad en adelante.
- La actividad más realizada por mujeres que asisten a consulta de seno en la LSCC es ama de casa, labor que se asocia con el nivel educativo alcanzado; las diversas investigaciones, incluyendo la presente, revelan que la mayoría de mujeres con cáncer de seno o que asisten a consulta, han alcanzado un nivel educativo formal entre la secundaria y la primaria.
- El nivel de estratificación medio, bajo-bajo, es al que pertenecen la mayoría de mujeres de consulta y con cáncer de seno, lo que dificulta el acceso real y efectivo a servicios de salud con calidad
- Las mujeres conocen sobre la enfermedad de cáncer de seno y sobre la importancia de la consulta y la realización de los tamizajes correspondientes, pero no tienen el hábito de practicarse el autoexamen de seno mensualmente y

acuden a consulta por algún síntoma o irregularidad en los senos, no por prevención.

- Es importante incrementar las campañas preventivas en las zonas rurales, donde no encuentran centros de salud especializados, dificultando la atención primaria a la población que reside en estas zonas.

- El Trabajo Social, por medio de la investigación aporta en el área de la salud el diagnóstico social, donde se identifican factores de riesgo, teniendo en cuenta aspectos particulares como las características sociodemográficas de la población. (Rodríguez, 2008). Este diagnóstico se convierte en una herramienta útil para la creación y organización de estrategias preventivas y de manejo de riesgo en salud, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

- El ser humano es un ser integral que además del ámbito biológico se compone del ámbito psicológico y social, lo cual requiere un trabajo interdisciplinario en el sector salud, con el fin de fomentar cambios y transformaciones en las dinámicas personales, colectivas y sociales que propendan a la construcción de estilos de vida saludables.

- La salud se entiende bajo el enfoque de derechos, teniendo en cuenta que el ser humano tiene derecho a la vida; una vida digna, por lo anterior la apuesta de intervención del Trabajo Social en salud es la promoción de la salud a la población en general, no esperando que las personas desarrollen la enfermedad; es importante según la Carta Ottawa (1986), el fortalecimiento de la acción comunitaria, por medio de su participación efectiva y concreta en la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Es significativo incluir a entidades públicas, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, líderes comunitarios,

entre otros; en procesos participativos donde se realicen seguimientos a la población, con el fin de lograr una apropiación verdadera, es decir, no solo una participación de escucha en campañas de promoción de la salud, sino un actuar con resultados trascendentales, que permitan la transformación de estilos de vida adecuados en la población.

- El Trabajo Social cuenta con herramientas y habilidades desarrolladas en procesos como la concertación, la movilización social, la investigación, entre otros; que permiten un trabajo interdisciplinario en la salud teniendo en cuenta que el ser humano se compone del ámbito físico, emocional y social.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR CORDERO, M. J., NERI SANCHEZ, M., PADILLA LOPEZ, C. A., PIMENTEL RAMIREZ, M. L., GARCIA RILLO, A. & SANCHEZ LOPEZ, A. M. (2012). Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un Estado de México. *Rev.Nutr Hosp*, 27 (5), 1631-1636.

AMAYA ITUARTE, T. (2002). El acontecer del trabajo clínico en Trabajo Social. *Rev.Trabajo Social hoy*, (35), 42-59.

AMERICAN CÁNCER SOCIETY. (2008). *Cáncer de Seno: Detección Temprana*. Recuperado de <http://www.cancer.org>.

ARGOTE, L., TOLEDO, G., DELGADO, R., DOMINGUEZ, D., CANO, P., NOA, A. & QUIALA, M. (2010). Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el hospital Julio Trigo. *Rev. Cubana de salud y trabajo*, 11 (1), 3-6.

CASTRO, C. (2010). *Cáncer de seno en Colombia*. Recuperado de www.rcnradio.com.co.

FONTICIELA BENITEZ, P., ECHEVERRIA DUBE, D. & ALMEIDA FORTE, A. (2001). Comportamiento del cáncer de mama en el municipio de Consolidación del Sur. *Rev. Cubana Enfermer*, 17 (2), 116-21.

GOMEZ PICONE, J. D. & LUGO PIRIZUELA, Y. A. (2010). *Factores psicosociales de cáncer de mama en pacientes del hospital "Virgen del Valle", Ciudad Bolívar, enero-marzo, 2010*. Universidad De Oriente Núcleo Bolívar.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto C, Metodología de la investigación, Selección de la muestra, tercera edición, México, McGraw HILL, 1997, p.266.

INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER. (2004). *Obesidad y cáncer*. Recuperado de www.incancerologia.gov.co/.

LOPEZ CARRILLOS, L., SUAREZ LOPEZ, L. & TORRES SANCHEZ, L. (2009). Detección del cáncer de mama en México: Síntesis de los resultados de la encuesta nacional de Salud Reproductiva. *Rev. Salud Pública de México*, 51 (2), s345-s349.

LUGO, J., QUINTEROS, G., BACALLAO, J., FERNANDEZ, L., SANCHO, H. & SEGURET, F. (1998). Validación preliminar y aplicación de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Cubana de Oncol*, 14 (3), 161-70.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2004). *El cáncer Nacional: Aspectos básicos sobre su biología clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>.

NEVADO GARCIA, M. C. (2010). *El cáncer de mama en la mujer anciana: perfil clínico-biológico, diagnóstico y terapéutico*. Universidad Complutencia de Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). *Teoría de la multicausalidad*. Recuperado de <http://teoria-oms.blogspot.com>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1986). *Carta Ottawa*. Recuperado de <http://webs.uvigo.es>.

PROENZA FERNANDEZ, L., GALLARDO SANCHEZ, Y., GARCIA PIÑA, D. L. & DE LA PAZ CASTILLO, K. L. (2012). Modificación de conocimientos sobre el autoexamen de mama en mujeres de la Policlínica Universitaria “Rene Vallejo Ortiz”. *Rev. Medisan*, 16 (11), 17-24.

RODRIGUEZ GONZALEZ, J., RODRIGUEZ GONZALEZ, A., TRIANA TORRES, A. & MENDOZA TAÑO, R. (2012). Conocimientos de los factores de riesgo sobre el cáncer de mama en Puerto de la Cruz, Estado Anzoátegui, Venezuela. *Rev. Habanera de ciencias médicas*, 11 (5), 673-683.

RODRIGUEZ SALAZAR, N. (2008). Ética del Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano. En memorias Foro Nacional “*Ética y relaciones sociales y contextos en el ejercicio profesional*”. Concejo Nacional de Trabajo Social, Bogotá.

VELAZQUEZ, L. G., CARRASQUILLA, G. & ROCA, S. (2009). Equidad en el acceso a tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Rev. Salud Pública*, 51,246-253.

ZAPATA SALAS, C. (2009). *Calidad de vida y factores asociados a mujeres con cáncer de mama inscritas en los programas de tratamiento oncológico*. Universidad de Antioquia, Medellín.