



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL "DR. DOMINGO LUCIANI"  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DR. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ"

## **CÁNCER DE MAMA: FACTORES DE RIESGO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Eukary Torrealba

Tutor: José Gregorio Minota

Caracas, diciembre 2013

---

Dr. José Gregorio Minota

Tutor

---

Dr. Pedro Escalona

Director de Post- Grado

---

Dra. María José Ippolito

Coordinadora de Post- Grado

## **DEDICATORIA**

A Dios todopoderoso por ser quien me mantiene en esta vida, permitiéndome ir siempre detrás de lo que siento.

A mi Madre fuente principal de mis fuerza, mi ejemplo de lucha diaria, de ser cada día una mujer inagotable.

A mi Padre hombre de gran nobleza, puro de corazón. Mi mayor ejemplo de humildad.

A mis razones de ser: Alondra y Alanis, mis soles. Por y para ustedes jamás decaeré. Lo logramos hijas.

A mi Esposo, compañero de aventuras, pilar de mi vida. Te amo.

A mi hermano Edwar José y mi sobrina Fátima, mis hijos adoptivos.

A mis abuelos: Ramiro, María, Juana (+) por enseñarme que solo con dedicación se logran las metas, y que nunca debemos olvidar de dónde venimos.

A mis tíos: Ismael, Dilia, Sabina, Rufina, Xiomara. Por su apoyo incondicional.

A mis primos: Lili, Frank, Freddy, Karelys, Albersis, Yanetza, Jesús Alfredo, Sabimar, José. Por ayudarme a no decaer.

A mis ángeles del cielo: Robert, Emiliana, Juana y Keily. Jamás los olvidare.

A la familia Venegas Castillo por su apoyo durante todos estos años.

A las pacientes de la unidad de mastología, que día a día luchan contra esta terrible enfermedad.

**Eukary Karina Torrealba**

## ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	6
METODOS.....	25
RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	29
AGRADECIMIENTOS.....	32
REFERENCIAS.....	33
ANEXOS.....	38

## ***CÁNCER DE MAMA: FACTORES DE RIESGO***

**Eukary Karina Torrealba**, C.I: 16.042.310. Sexo: Femenino, E- mail: [eukarykt@hotmail.com](mailto:eukarykt@hotmail.com). Telf: 0414-5767764/0255-6213181. Dirección: Urbanización Prados del Sol, casa N° 12 Araure-Portuguesa: Curso de especialización en Obstetricia y Ginecología.

Tutor: **José Gregorio Minota Asis**, C.I. 7.744.921. Sexo: Masculino, E-mail: [minota20@gmail.com](mailto:minota20@gmail.com). Telf: 0424-5878261. Dirección: Urbanización el Pilar casa n°65-09 Araure-Portuguesa. Especialista en Ginecología Oncológica.

### **RESUMEN:**

Objetivo: Describir los factores de riesgo para cáncer de mama en las pacientes que acuden a la consulta de Mastología. Método: Se realizó un estudio tipo descriptivo y prospectivo, la muestra estuvo conformada por 80 pacientes seleccionadas de manera intencional y no probabilística, a las cuales se les aplicó una encuesta con preguntas de selección simple. Resultados: La edad promedio de aparición de la enfermedad fue de 40-49 años (40%). Edad del primer embarazo entre los 18-25 años, (37,5%); Gestas 3-4, (30%), de ellas 75% dio lactancia materna. Antecedentes de patología mamaria benigna 36,6%, y maligna 31,3%. Antecedentes familiares de cáncer de mama: 30,0%; 23,8% un familiar de línea ascendente fallecido por cáncer de mama. Uso de anticonceptivos orales y/o hormonas 67,6%. El tipo de personalidad pasiva prevaleció en 65%. Tipo de relación con la pareja: amorosa 53,8%. Apoyo familiar 57,4% siempre. Conclusiones: que la presencia o ausencia de factores de riesgo biopsicosociales no excluye de padecer cáncer de mama.

**PALABRAS CLAVES:** Cáncer de mama, factores, riesgo biológicos, riesgo psicosociales

### ***BREAST CANCER: RISK FACTORS***

### **SUMMARY:**

Objective: To describe the risk factors for breast cancer in patients attending Mastologia consulting. Method: We performed a prospective descriptive study, the sample consisted of 80 patients selected intentionally and not random, to which he applied a survey with simple screening questions. Results: The average age of onset of the disease was 40-49 years (40 %). Age at first pregnancy between 18-25 years (37.5 %); Deeds 3-4, (30 %), of which 75 % gave breastfeeding. History of benign breast disease 36.6 %, and 31.3 % malignant. Family history of breast cancer 30.0 %, 23.8 % upline a family member died of breast cancer. Use of oral contraceptives and / or hormone 67.6%. The passive personality type prevailed in 65 %. Type of relationship with partner: 53.8 % loving. Family support 57.4% always. Conclusions: The presence or absence of biopsychosocial risk factors does not exclude breast cancer.

**KEYWORDS:** breast cancer, factors, biological risk, psychosocial risk.

## INTRODUCCION

La mama en reposo está constituida por 6-10 sistemas principales de conductos, cada uno de los cuales está dividido en lobulillos, las unidades funcionales del parénquima mamario. Cada sistema ductal drena a través de una vía excretora independiente o seno lactífero. Las sucesivas ramificaciones de los conductos galactóforos en dirección distal terminan en los conductos terminales.

La areola, el pezón y las desembocaduras de los conductos galactóforos principales están revestidos de epitelio escamoso estratificado. El revestimiento de los conductos mamarios principales se convierte en un epitelio columnar pseudoestratificado y después en un epitelio cuboidal de dos capas. Por debajo del epitelio de revestimiento, más prominentemente, puede verse una capa baja de células aplanadas: las células mioepiteliales. Dichas células contienen miofilamentos orientados paralelamente al eje largo del conducto. Siguiendo escrupulosamente el contorno de los conductos y conductillos existe una membrana basal. <sup>(1)</sup>

El riesgo de padecer un cáncer de mama aumenta con la edad, siendo el riesgo estimado de padecerlo a lo largo de la vida para una mujer blanca de 13,1%; desde el momento del nacimiento, la probabilidad de fallecer de un cáncer de mama es de 3,4%. <sup>(2)</sup>

En los últimos años ha habido un auge en la práctica de mamografías de cribado con el fin de conseguir un diagnóstico precoz del cáncer de mama, a raíz de los datos de los trabajos de Otto et al <sup>(3)</sup>, Duffy et al <sup>(4)</sup>, Blanks et al <sup>(5)</sup> y Greenlee et al <sup>(6)</sup> en Holanda, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos respectivamente. Dichos trabajos globalmente sugieren que si bien la mortalidad por cáncer de mama en Occidente presenta una tendencia a la disminución, el número total de diagnósticos ha aumentado, a favor de estadíos mucho más tempranos y curables a largo plazo al menos en el grupo de mujeres de 40 a 59 años.

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer, representando el 31% de todos los tumores de la población femenina. Se estima que una de cada ocho mujeres que alcancen la edad de 85 años habrá desarrollado cáncer de mama en el curso de su vida.

La incidencia de la enfermedad tiene variaciones geográficas significativas, es más frecuente en países del Norte de Europa, Estados Unidos y Canadá siendo muy baja en países orientales como China, Japón y Corea, estas variaciones parecerían deberse más a factores ambientales, de costumbres y hábitos alimentarios que a factores raciales. Se ha visto que los grupos de orientales que emigran a Estados Unidos, luego de la segunda generación, presentan una incidencia similar a la del país huésped.

En los últimos años se ha originado un incremento en las tasas de cáncer de mama en los países orientales, probablemente por las modificaciones de sus hábitos de vida con mayor semejanza a occidente. <sup>(7-9)</sup>

En el año 2002 las estadísticas sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer en el mundo mostraban 10.900.000 casos nuevos por año con 6.700.000 muertes, con 24.700.000 personas viviendo con cáncer dentro de los 3 años del diagnóstico.

Los más frecuentes son pulmón con 1.350.000 casos y mama 1.150.000 casos anuales. El de mama es el más prevalente en el mundo con 4.500.000 mujeres sobrevivientes dentro de los 5 años del diagnóstico.

En América Latina, las tasas de mortalidad por cáncer mamario están en aumento y registran niveles sin precedentes en muchos países, como Colombia, Costa Rica, México, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela<sup>(10)</sup>.

En el caso específico del cáncer de mama existen muchos factores de riesgo por lo que resulta muy difícil establecer un responsable único, es por ello que se habla de “origen multifactorial”, familiar, hormonal, ambiental, etc.

Estos denominados “factores” son características que con mayor o menor frecuencia presentan las pacientes portadoras de la enfermedad.

Si bien los factores de riesgo pueden influir en el desarrollo del cáncer, la mayoría no es una causa directa de esta enfermedad. Siendo los factores de riesgos aquellos que pueden provocar efectos adversos a la salud, y van a depender del tiempo de exposición al mismo o de la predisposición genética de cada individuo. Algunas personas que tienen varios factores de

riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras que sí lo hacen otras personas sin factores de riesgo conocidos.

Muchos casos de cáncer de mama se presentan en mujeres sin factores de riesgo evidentes y sin antecedentes familiares de cáncer de mama. Esto significa que todas las mujeres deben estar atentas a los posibles cambios en las mamas realizándose el autoexamen con regularidad y hablar con su médico para realizarse exámenes clínicos y radiológicos como la mamografía, con la finalidad de hacer un diagnóstico precoz de alguna enfermedad o plantearse la posibilidad que más de un factor de riesgo influya en el desarrollo del cáncer.

### **Planteamiento y delimitación del problema.**

El riesgo de contraer cáncer de mama en la población femenina es elevado, en los países occidentales el número de casos nuevos por año es entre 30 y 50 por 100.000 mujeres, con más de 1.000.000 de afectadas por año, lo problemático es estimar el riesgo para mujeres en forma.

La incertidumbre sobre el futuro de una enfermedad, puede estimarse sobre la experiencia clínica y la información epidemiológica. Los factores de riesgo son los que condicionan la probabilidad de presentar una enfermedad determinada, dichos factores pueden estar presentes en población sana y aumentan el riesgo de tener la enfermedad.

Venezuela carece todavía de un registro oficial global de tumores. Los datos estimados a partir de Comunidades Autónomas que sí cuentan con dichos registros muestran que el cáncer de pulmón es la primera causa tanto en número de casos como en muertes (de 84.736 casos y 57.800 muertes por cáncer en el año 2.000; las neoplasias pulmonares suponen el 19,85% (16.821 casos) y 27,64% (15.974 muertes) respectivamente), seguido por el cáncer de mama (17,62% (14.934 casos) y 11,04% (6.381 muertes)) y el de colon (12,39% de los casos y 10,30% de las muertes respectivamente).<sup>(11)</sup>

Es por esto que con este trabajo se pretende estimar los factores de riesgo para cáncer de mama en las pacientes que acuden a la consulta de Mastología en la Unidad de Oncología del Hospital Central Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos”. Acarigua estado Portuguesa; necesario para enfatizar la prevención primaria, a través de la identificación de los

factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de cáncer de mama y en un futuro elaborar estrategias, programas o pautas como medidas de control para tan terrible patología oncológica.

### **Justificación**

El cáncer de mama (CM) es un problema de salud pública a nivel mundial y por lo tanto Venezuela no escapa de esa realidad. En nuestro país, según cifras del Ministerio del Poder Popular para la Salud, para el año 2006 representó la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer venezolana; por tanto resulta de suma importancia el estudio de los factores de riesgo conocidos para desarrollar cáncer de mama en las pacientes venezolanas.<sup>(12)</sup>

La calidad de vida de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. El hecho que una mujer se enferme o muera por este tipo de cáncer tiene un importante impacto en nuestra sociedad, debido a que la mujer constituye el centro del hogar. Además, desempeña múltiples roles en sus diferentes ámbitos de vida, tales como el laboral, académico, político, familiar y personal. Los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales se debilitan y sus aportes a la sociedad se ven limitados.

Es por ello, que el control del cáncer de mama es actualmente una de las prioridades en la salud pública dada la evolución ascendente de morbilidad y la mortalidad que produce y el coste económico, sanitario y social que provoca. La dificultad de abordaje del cáncer en general es su origen multifactorial, lo que sucede también en el cáncer de mama en particular.

El cáncer de mama constituye uno de los problemas más importantes de salud entre las mujeres debido a su elevada incidencia y mortalidad. Aunque la incidencia de esta enfermedad se extiende entre todas las edades, es considerablemente mayor entre las mujeres de edad avanzada. La detección precoz de este tipo de cáncer es importante, cuando aún no se han presentado los síntomas de enfermedad, debido a que algunos tratamientos son más efectivos en sus etapas iniciales.

Como aún no hay forma de predecir quién desarrollará o no cáncer de mama, todas las mujeres se deben considerar con riesgo y deben ser animadas a participar en los programas de detección precoz de esta enfermedad sobre todo si existen factores de riesgo. El screening o Test para seleccionar una población sobre la que se aplicarán los procedimientos de diagnóstico, es la única forma de detectar los cánceres más precozmente y, por ello, reducir la proporción de muertes por esta patología.

### **Antecedentes de la investigación.**

Desde siglos antes de nuestra era, se dice que Herodoto historiador griego cuenta de Atosa hija de Ciro y esposa de Darío, que se descubrió un pequeño tumor mamario que ocultó hasta que llegó a ulcerarse y diseminarse, se envió a Democedes (525 A.C.) experto que curó a la princesa, aunque nunca se supo de su técnica, pero ya se conocía de recomendaciones para explorarse las mamas para descubrir precozmente tumores malignos a ese nivel.<sup>(13)</sup>

Hipócrates consideró que el cáncer era incurable, y en su volumen “Enfermedades de la Mujer”, se hace una descripción clásica de las mujeres que morían por cáncer mamario tardío, aunque no menciona un examen físico detallado, recomendaba la autoexploración mamaria para su diagnóstico incipiente y así una mejor probabilidad de curación.<sup>(14)</sup>

A nivel internacional Tellechea (2009), en una investigación que llevo por nombre “Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo”, de tipo descriptivo, en tres policlínicas barriales del Cerro de Montevideo. Los objetivos fueron conocer la distribución de los factores de riesgo, realizar estudios de detección de cáncer de mama, y conocer los antecedentes de estudios en las usuarias de las policlínicas. Se aplicó una encuesta a 152 usuarias que concurrieron por primera vez a la consulta de ginecología oncológica.<sup>(15)</sup>

Esta investigación señala que la frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama fue menor a la reportada por el Programa Nacional de Cáncer de mama (PRONACAM). Los factores más frecuentes fueron menarquía precoz (12,5%) y antecedentes familiares (5,2%).

Los menos frecuentes fueron: compañeros sexuales múltiples (46,1%), tabaquismo (28,9%) e inicio precoz de las relaciones sexuales (21,1%).

Así mismo Romero F. et al, en el 2009, realizaron un estudio en México que estuvo como objetivo: identificar la frecuencia de factores de riesgo en pacientes con cáncer de mama. El estudio fue de corte transversal efectuado en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria 231, del IMSS. Se revisaron los expedientes de 272 pacientes con cáncer de mama para identificar sus principales factores de riesgo. Una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida (12.2%) y una de cada 28 de morir por esta enfermedad. Los factores de riesgo más conocidos fueron los hormonales, genéticos y ambientales. La investigación dio como Resultados: de las 272 pacientes, 63 (23.1%) no tuvieron factores de riesgo, 174 (64%) tuvieron entre uno y dos, y 35(12.9%) entre tres y cuatro factores. El grupo etario más frecuente fue de 50a 59 años. <sup>(16)</sup>

Se registraron 80 mujeres menopáusicas, 28 (35%) mayores de 54 años de edad. Se encontró obesidad en 35% de las mujeres posmenopáusicas, tabaquismo en 29.8% y embarazo a término después de los 30 años en 16.9%. El 14.3% padecía diabetes antes del cáncer; 12% recibieron terapia hormonal por más de cinco años; enarquéa antes de los 11 años en 10.7%. Se identificaron antecedentes heredo familiares de primer grado en 6.6%. La detección por autoexploración fue de 91.5% y mastografía de 1.1%. Conclusiones: los factores de riesgo más frecuentes fueron: sobrepeso, obesidad, tabaquismo, terapia hormonal y embarazo después de los 30 años. El método de detección más usado fue la autoexploración.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social. Dr. Leopoldo Santillán Arreygua (2009) con el objetivo de identificar la frecuencia de factores de riesgo en pacientes con cáncer de mama, se realizó un estudio transversal y descriptivo en 272 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que cumplieron con los criterios de inclusión. A partir de expedientes clínicos se obtuvieron los siguientes datos: edad, índice de masa corporal, antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama, ginecoobstétricos, neoplasia mamaria benigna, diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo, radiación ionizante y prescripción de hormonas exógenas. <sup>(17)</sup>

Los resultados del estudio generó que los límites de edad fueron 29 y 96 años (promedio de 55 ± 12 años); el grupo etáreo más frecuente fue de 50 a 59 (32%) años, seguido del de 40 a 49

años (26.1%). En cuanto al nivel de escolaridad se encontró que 9.6% eran analfabetas, 43% con escolaridad primaria, 22.4 % con secundaria, 18% con bachillerato y 7% con licenciatura. De las 272 pacientes, 63 (23.1%) no tuvieron ningún factor de riesgo.

En relación con los antecedentes heredofamiliares se encontró que 6.6% (18 casos) tuvo antecedente familiar de primer grado de cáncer de mama, 9.2% (25 casos) de segundo grado y sólo 0.7% (2 casos) con antecedente familiar de cáncer ovárico. Entre los factores de riesgo hormonales se encontró que 29 (10.7%) pacientes, tuvieron su menarquía antes de los 11 años y 46 (16.9%), su primer embarazo después de los 30 años. Sólo 80 (29.4%) casos habían llegado a la menopausia, de las cuales en 28 (35%) ocurrió después de los 54 años de edad. Referente a la enfermedad mamaria, previa al diagnóstico de cáncer, 2 (0.7%) pacientes tuvieron neoplasia.

En un estudio descriptivo retrospectivo para identificar algunos factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el Hospital Julio Trigo en el período 2007-2010 (Cuba). De un universo de 54 pacientes, se tomó una muestra de 31 pacientes (57,4%), el 90,3% de los casos correspondió al tipo carcinoma ductal infiltrante. El grupo de edad más afectado fue el de 60-69 años, y la raza blanca; el 41,9% presentó antecedentes personales de nódulo de mama, mientras que el antecedente familiar de cáncer de mama no fue relevante.

El 61,3% presentó la menarquía después de los 12 años, y el mayor por ciento se presentó al parto antes de los 24 años. Solo el 40,7% no ofreció lactancia materna; el 87,1% tuvo uno o más hijos y el 58,6% presentó la menopausia después de los 50 años. No se encontró exposiciones de riesgo en la labor que realizaban.<sup>(18)</sup>

Los resultados del WINS (Women´s Intervention Nutrition Study) evaluando la dieta reducida en grasas y el cáncer de mama en sus primeros estudios observacionales y preclínicos sugieren que la dieta grasa puede estar relacionada con el cáncer de mama por los últimos 25 años.<sup>(19)</sup>

El estudio WINS, se inició en 1994, es un ensayo fase III que evaluaba la eficacia de la dieta reducida en grasas en relación con la sobrevida libre de enfermedad de las pacientes con cáncer inicial de mama que reciben terapia estándar, un análisis del intervalo actualizado a diciembre de 2006, según el seguimiento clínico y el registro nacional de muertes. En un

seguimiento medio de 5.8 años, las pacientes incluidas en el brazo de la dieta, mostraron mejor supervivencia libre de enfermedad (hazard ratio (HR) = 0.79) y supervivencia total (HR= 0.78) comparado con el brazo control.

Cabe citar a nivel nacional el estudio realizado por Hernández et al, en la Escuela de Medicina “Dr. José María Vargas”, Instituto de Biomedicina, Instituto “Dr. Luis Razetti”, (2010) titulado Factores, riesgo, cáncer de mama, patología mamaria benigna, fue un estudio prospectivo caso-control de criterios clínicos que permitan orientar a los médicos y pacientes. Se incluyeron, 515 pacientes con cáncer de mama, 507 con patología mamaria benigna y 505 sin patología mamaria. La información se recolectó, con una entrevista personal, los siguientes factores de riesgo: historia familiar sobre cáncer de mama y ovario, exposición a hormonas femeninas factores de riesgo conocidos para cáncer de mama en grupo de pacientes femeninas con cáncer de mama, patología mamaria benigna y sin patología mamaria, para definir (exógena y endógena), antecedentes de patología mamaria benigna.

Los resultados significativos al comparar el grupo con cáncer de mama y el grupo sin patología mamaria fueron los siguientes: antecedentes familiares de cáncer de mama y ovario, edad de la menopausia, nuliparidad, edad del primer embarazo a término, número de abortos, lactancia y antecedente de patología mamaria benigna.

El modelo de regresión logística demostró que las variables de mayor impacto fueron los antecedentes familiares de cáncer de mama y ovario. Los resultados significativos al comparar el grupo con cáncer de mama y patología mamaria benigna fueron los siguientes: antecedente familiar de cáncer de mama “fuerte”, ingestión de anticonceptivos orales, lactancia, terapia hormonal de reemplazo, antecedente de patología mamaria benigna. El modelo de regresión logística demostró que la variable de mayor impacto fue la lactancia. Como conclusión reflejaron: Aunque algunos factores hormonales tuvieron importancia, la historia familiar de cáncer de mama, ovario, así como lactancia fueron los factores de mayor impacto durante el desarrollo del estudio. <sup>(20)</sup>

Por su parte, los doctores Loreto y Castro (2.009) realizaron una investigación de carácter descriptiva, para lo cual utilizaron una población de 25 mujeres en edad fértiles en la consulta

de ginecología del Hospital Pastor Oropeza de Barquisimeto del Estado Lara, para la recolección de esta información utilizaron un cuestionario con preguntas dicotómicas, donde obtuvieron el 80% de los resultados positivos referente a la investigación titulada “Enfermedad Fibroquística Mamaria” y la define, como un conjunto de mastopatias aunque posiblemente se trate con diferentes aspectos clínicos y de este antecedente se desprende que la auscultación periódica de la mujer y la consulta al médico, incide en la detección temprana, lo cual es el principal fundamento para evitar el cáncer de mama. <sup>(21)</sup>

En un estudio cuantitativo con nivel correlacional, tipo casos y controles, la muestra de tipo no probabilística, compuesta por 103 mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama (casos), y 100 mujeres posmenopáusicas sin carcinoma mamario (controles) que acudieron a consulta de la Unidad de Mastología del Centro Médico “Dr. Rafael Guerra Méndez” en Valencia, Estado Carabobo entre 1992 y 2007. La recolección de datos se hizo mediante revisión de historias clínicas, resultados: Se clasificaron a las pacientes con y sin cáncer de mama según su índice de masa corporal, el 44,66 % tenían sobrepeso y 36,9 % obesidad; y en los controles el 38 % presentó sobrepeso, 36 % obesidad y 1 % desnutrición. No se estableció una asociación estadísticamente significativa al 95 % de confianza entre el índice y cáncer de mama. Concluyeron que no existe relación entre cáncer de mama y el índice de masa corporal en la muestra estudiada. Se sugiere realizar estudios similares en muestras más significativas para así obtener resultados más fidedignos. <sup>(22)</sup>

Por otra parte Gómez Picone et al, en el 2010, realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en el Hospital Virgen del Valle, en ciudad Bolívar, para determinar los factores de riesgo psicosociales del cáncer de mama. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes con cáncer de mama. Los resultados revelaron que el grupo etario con mayor frecuencia se encontró en edades comprendidas entre 31 a 70 años en un 95%. De las cuales el 65% recibía apoyo familiar frente a la enfermedad y 35% estaban casada. En cuanto al nivel de ansiedad los resultados arrojaron que el 45% representa la condición limítrofe, mientras que para depresión el 50% está representado por aquellas pacientes que se encontraban en la condición normal. <sup>(23)</sup>

## **Delimitación de la investigación**

Dado que el cáncer de mama en el varón supone sólo el 1% de los tumores mamarios, el cáncer de mama es hoy por hoy la primera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres<sup>(24)</sup>.

Por ser esta entidad oncológica un grave problema de salud mundial, por su elevada estadística de morbimortalidad, los planteamientos anteriores sirvieron de soporte para la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores riesgo para cáncer de mama en las pacientes que acuden a la consulta de Mastología en la Unidad de Oncología del Hospital Central Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos”. Acarigua Edo Portuguesa durante el periodo Enero 2013-Octubre 2013?

## **Marco Teórico**

Los factores de riesgo para el cáncer de mama más contrastados son los siguientes:

### **Agregación familiar.**

Globalmente, existe un riesgo 1,5-3 veces superior al de la población normal para aquellas pacientes cuyo familiar de primer grado (hermana o madre) hayan padecido un cáncer de mama. La historia familiar es un factor de riesgo heterogéneo que depende del número de familiares afectados, del número de familiares no afectados, de la edad al diagnóstico en los familiares y del grado de parentesco. Incluso en la ausencia de una predisposición hereditaria conocida al cáncer de mama, las pacientes con historia familiar positiva tienen un cierto incremento del riesgo, debido bien a factores genéticos aún no definidos, factores ambientales, o a una combinación de ambos.<sup>(24)</sup>

### **Predisposición hereditaria.**

La predisposición hereditaria ha de sospecharse sobre todo cuando una mujer padece cáncer de mama a edades tempranas (por debajo de 45 años) y tiene historia familiar positiva para cáncer de mama y/o ovario (fundamentalmente), o cuando hay un gran número de familiares afectados.

En el año 1994 se clonó el gen BRCA1, tras identificar en 1990 una región de susceptibilidad genética al cáncer de mama en la región 17q21. Las mutaciones de dicho gen (transmitido de

forma autosómica dominante) se asocian a un riesgo de hasta 85% de desarrollo de cáncer de mama a lo largo de la vida, sobre todo a edades tempranas.

Asimismo, también la posibilidad de padecer cáncer de ovario aumenta si esta mutación está presente. En ese mismo año se localizó y clonó el BRCA2, en el cromosoma 13 (transmisión autosómica dominante). El riesgo estimado de padecer cáncer de mama es similar para las pacientes que presentan mutaciones en este gen, si bien la posibilidad de padecer cáncer de ovario es menor. <sup>(25,26)</sup>

### **Factores hormonales.**

Los estudios epidemiológicos a gran escala sugieren que a mayor tiempo de exposición a estrógenos, mayor riesgo de cáncer de mama. Una menarquía temprana, una menopausia tardía, la nuliparidad y una edad tardía al primer embarazo se relacionan con un aumento en la incidencia. <sup>(27-28)</sup>

La intensidad de exposición juega un papel importante: en mujeres posmenopáusicas, cuyos estrógenos provienen fundamentalmente de la aromatización en tejidos periféricos de los andrógenos suprarrenales, la obesidad se asocia a un incremento del riesgo (la aromatización de andrógenos se produce sobre todo en el tejido graso). <sup>(29)</sup> También el uso de terapia hormonal sustitutiva aumenta el riesgo. <sup>(30)</sup> Estas dos últimas situaciones están vinculadas a un aumento de la cantidad de estrógenos circulantes. <sup>(31)</sup>

### **Estilo de vida y factores dietéticos.**

Los estudios desprendidos del análisis de las poblaciones inmigrantes (en las que se observa un cambio de la incidencia del cáncer de mama hacia la incidencia del país al que emigran con el paso del tiempo) hicieron sospechar una relación con factores dietéticos. <sup>(32,33)</sup> Si bien el consumo de grasa per cápita se correlaciona con incidencia y mortalidad por cáncer de mama, el mayor estudio al respecto, que combina los datos de 7 cohortes prospectivas sumando un total de 337.819 mujeres, fracasó a la hora de hallar una diferencia en la incidencia de cáncer de mama entre el grupo del quintil superior del consumo de grasa con respecto al grupo del quintil inferior. <sup>(34)</sup>

La práctica de ejercicio físico regular parece proteger del cáncer de mama en mujeres premenopáusicas debido a dos razones: a la pérdida de grasa periférica y al aumento de ciclos anovulatorios; ambos factores conducen a una menor exposición a estrógenos. <sup>(35)</sup>

Se conoce que la obesidad, en particular la ganancia de peso en la edad adulta, es un factor de riesgo identificado para el desarrollo de cáncer de mama. Pocos estudios sugieren que la obesidad predispone a la mujer a una alta incidencia de tumores con pronóstico más favorable y respondedores a estrógeno, debido a los elevados niveles de exposición a estrógenos por parte del tejido adiposo. Esto parece manifestarse más en condiciones de postmenopausia.

Un gran metaanálisis que estudió la relación del consumo de alcohol con la incidencia de cáncer de mama, halló que el riesgo relativo para las pacientes que consumían 1, 2, o 3 unidades de bebida alcohólica al día era de 1.1, 1.2 y 1.4 respectivamente respecto a las mujeres abstemias. <sup>(36)</sup> Dicho riesgo parecía disminuir si se acompañaba de ingesta alta de ácido fólico. <sup>(37)</sup>

Falta evidencia suficiente para afirmar que el consumo de fibras o de vitaminas confiera protección, pero parece que una dieta con alto contenido en frutas y en vegetales puede disminuir el riesgo. <sup>(38)</sup>

### **Enfermedades benignas de la mama.**

Las enfermedades benignas de la mama se dividen en no proliferativas y proliferativas (hiperplasia ductal, adenosis esclerosante, atipia ductal con hiperplasia y carcinoma lobulillar in situ). Las primeras no están asociadas a incremento de incidencia de cáncer de mama, mientras que las segundas sí. Si en una biopsia de enfermedad proliferativa no observamos atipias histológicas, el riesgo de cáncer está aumentado 1,5-2%; si lo que observamos es una hiperplasia con atipia, el riesgo relativo es de 5%. Mientras que pasados 15 años de presentar cáncer de mama para una mujer con una biopsia de hiperplasia con atipia e historia familiar positiva el riesgo aumentará a un 20%. <sup>(39)</sup>

### **Factores ambientales.**

Se acepta que la exposición a radiaciones ionizantes incrementa el riesgo de cáncer de mama, con un período de latencia de hasta 40 años. Al respecto es muy ilustrativo el estudio de

Gervais-Fagnou et al, <sup>(40)</sup> en el que en una cohorte de 427 mujeres que habían recibido irradiación supradiafragmática como tratamiento de enfermedad de Hodgkin en el pasado mostraban un riesgo relativo de 10,6 para cáncer de mama respecto al esperado para mujeres de su edad sin irradiación previa.

A pesar de esto, hasta un 50 % de las mujeres no tienen en su historia clínica ningún factor de riesgo identificable más allá del aumento de la edad y el género femenino. <sup>(41)</sup> Puesto que el 99% de los casos de cáncer de mama tienen lugar en la mujer, el factor “género femenino” no se considera un factor de riesgo.

Los nódulos y masas en la mama son detectables en el 90% de los pacientes con cáncer de mama, y constituyen el signo más frecuente en la historia clínica y en la exploración física. La masa típica suele ser solitaria, unilateral, sólida, dura, irregular, fija y no dolorosa.

Las descargas espontáneas por el pezón a través de un conducto mamario es el segundo signo más frecuente del cáncer de mama. Tal descarga se produce en aproximadamente el 3% de las mujeres, pero el 90% de los casos de descarga por el pezón traducen patología benigna.

En general, descargas lechosas, purulentas o pegajosas no suelen corresponder a patología tumoral, pero las descargas serosas, serosanguinolentas, hemorrágicas o acuosas deben ser investigadas.

Otras manifestaciones de presentación incluyen cambios cutáneos, linfadenopatías axilares o signos locales de enfermedad avanzada o diseminada.

En general, en la enfermedad avanzada, los síntomas se deberán al deterioro orgánico en el que las metástasis asienten, así como a las manifestaciones de cualquier cáncer avanzado (caquexia, astenia, deterioro del estado general progresivo), muchas de las cuales son difíciles de desligar de aquellas producidas por los tratamientos oncológicos administrados.

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, que crece a velocidades distintas en pacientes diferentes y con frecuencia es una enfermedad sistémica en el momento del diagnóstico inicial (debido a la presencia de micrometástasis diseminadas en otros tejidos. La

historia natural de los tumores malignos puede dividirse con fines académicos en cuatro fases: transformación, crecimiento, invasión local y metástasis a distancia.

Existen varios modelos de probabilidad para estimar el riesgo de un individuo de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida y el riesgo de ser portador de una mutación en genes que aumentan la susceptibilidad a desarrollar dicho cáncer. Estos modelos han sido desarrollados en base a datos de mujeres previamente estudiadas y pueden ser de distinto tipo: modelos basados en preguntas y puntuación de acuerdo a las respuestas, tablas de doble entrada o programas de computación.

El modelo de Gail <sup>(42)</sup> y el modelo de Claus <sup>(43)</sup> predicen el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Se usan ampliamente en asesoramiento clínico y en estudios de investigación. Ambos tienen limitaciones y el riesgo estimado de los dos puede diferir en una misma paciente. En mujeres con cáncer de mama hereditario generalmente subestiman el riesgo, por lo tanto no deben usarse para familias con alguna de las siguientes características:

- Tres individuos con cáncer de mama u ovario, especialmente si 1 o más cánceres han sido diagnosticados antes de los 50 años); Mujer con cáncer de mama y ovario; Ascendencia judía ashkenazi con al menos uno con cáncer de mama u ovario.

- Específicamente, el modelo de Gail <sup>(42)</sup> considera como datos: Edad de la mujer; Edad de la menarquía; Número de biopsias de mama; Hiperplasia atípica; Edad del primer embarazo a término, si existen; familiares de PRIMER grado con cáncer de mama; la raza (en el modelo actualizado).

Las limitaciones de este modelo son: subestimar el riesgo en familias con cáncer hereditario. El número de biopsias mamarias sin diagnóstico de hiperplasia atípica que puede subestimar el riesgo; no incluye los antecedentes paternos, antecedentes de cáncer de ovario ni edad de diagnóstico del cáncer de mama.

El modelo de Claus <sup>(43)</sup> evalúa como datos el número de familiares afectados de primer y segundo grado, y la edad de comienzo de la enfermedad. Incluye los antecedentes paternos y maternos, y la historia familiar de cáncer de ovario.

Las limitaciones de este modelo son: Puede subestimar el riesgo en familias con cáncer hereditario; no incluye otros factores de riesgo. Es ideal aplicarlo para individuos sin antecedentes familiares o con 1 o 2 familiares con cáncer de mama.

Bracariroi: Es el programa de computación para cálculo de probabilidad desarrollado en la Universidad de Texas, en Estados Unidos y denominado “BRCAPRO”<sup>(44)</sup>. Este modelo toma en cuenta seis modelos predictivos de cáncer de mama hereditario: el modelo de Claus, el modelo de Couch, el modelo de Shattuck- Eidsens<sup>(45)</sup>, el modelo de Frank<sup>(46)</sup>, y el modelo de probabilidad Bayesiano. El programa resultante elabora el árbol genealógico con la mayor cantidad de información posible para calcular el riesgo de desarrollar cáncer de mama y la probabilidad de ser portador de una mutación en los genes BRCA. Considera antecedentes maternos y paternos, cáncer de mama unilateral y bilateral, y si existen casos de cáncer de ovario. Incluye las frecuencias de mutaciones génicas publicadas y la penetrancia de BRCA 1 y BRCA 2.

Las tablas de riesgo de Frank<sup>(46)</sup> son muy utilizadas y de fácil acceso. Se estima el riesgo de acuerdo a la historia personal y familiar de cáncer de mama y/u ovario, edad al diagnóstico, número de familiares afectados, y diferencia la etnia judía ashkenazi.

Independientemente de cuál sea el tabulador a usar para determinar los factores de riesgo, ninguno se enfoca en prevenir el cáncer de mama. Sin olvidar que las medidas tomadas para cualquier tipo de prevención no eliminan definitivamente el riesgo de padecer la enfermedad sino que lo reducen en mayor ó menor medida y que para implementar dichas medidas se deben balancear previamente los riesgos, con los beneficios que aportarán, teniendo en cuenta que se aplicaran sobre poblaciones sanas y por períodos prolongados. Se consideran distintas formas, entre ellas:

**Prevención primaria:** Permitirían evitar que el cáncer aparezca ó que permitan reducir significativamente su incidencia; entre los que se mencionan como medidas de prevención primaria, para cualquier tipo de cáncer a los cambios en el estilo de vida, evitar el tabaco, dieta rica en fibras y baja en grasas, moderar el consumo de alcohol, disminuir el sobrepeso, aumentar la actividad física y disminuir la exposición a carcinógenos ambientales. En el caso

específico del cáncer de mama, la quimioprevención y las estrategias quirúrgicas de reducción de riesgo.

**Prevención secundaria:** A la que mediante la detección precoz no evita que aparezca la enfermedad pero se limitan sus consecuencias. La prevención implementada deberá tener presentes a los factores de riesgo para identificar en la población a las mujeres que recibirán mayor beneficio.

Resulta importante precisar que los beneficios del tamizaje ó screening mamario, han sido demostrados en numerosos estudios randomizados, desde mediados de la década de 1960 a la fecha <sup>(47)</sup>. En dichos estudios se ve una reducción del riesgo relativo de morir por cáncer de mama en el grupo con screening con respecto al control en por lo menos el 25%, esto quedó claramente demostrado en la población de 50 años o más, y en los últimos años, una gran parte de las sociedades científicas internacionales recomendaron comenzar el “tamizaje o screening” partir de los 40 años en forma anual. <sup>(47-50)</sup>

Los programas de tamizaje son una estrategia compleja y de alto costo destinada a toda una población bajo la subvención de gobiernos nacionales ó provinciales y deben ser simples de aplicar, fáciles de realizar e interpretar y brindar la posibilidad de diferenciar mujeres con la patología investigada de las que no la padecen. <sup>(47-50)</sup>

Como principios generales del tamizaje; la condición debe constituir un importante problema de salud; debe haber un tratamiento aceptable para los casos identificados; deben existir facilidades para diagnóstico y tratamiento; deben reconocerse estadios latentes o sub-sintomáticos de la enfermedad; debe contarse con un test satisfactorio para el examen; el test debe ser aceptable para la población; debe conocerse la historia natural de la enfermedad; debe haber acuerdo entre los que serán evaluados; el costo de la detección debe estar balanceado con el costo del sistema de salud en su totalidad; la detección de los casos debe ser parte de un continuo y no el final de la intervención.

El tamizaje o screening debe diferenciarse del diagnóstico precoz. En el primero, se utiliza un test para seleccionar una población sobre la que se aplicarán los procedimientos de diagnóstico. Su objetivo es disminuir el impacto de la afección tamizada sobre la salud de la

población. En el diagnóstico precoz, como su nombre lo indica, el objetivo se orienta a detectar precozmente la noxa, para así mejorar sus posibilidades de curación y minimizar sus secuelas. <sup>(47-50)</sup>

Así mismo la Psicooncología estudia la influencia de los factores psicológicos sobre la aparición del cáncer y su evolución, como también el estudio de las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y el personal asistencial, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Como tal, el enfoque proactivo cabe en el modelo Biopsicosocial de la salud, el que busca explicar “las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos, subraya la conceptualización de salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad, sino más bien dependiente de una reacción de equilibrio entre estos tres elementos, que implica sentirse bien tanto consigo mismo como con el entorno social y ambiental.”

Bacon et al en 1952, a través del estudio de historias psicoanalíticas en mujeres con cáncer de mama, proporcionan seis características de conducta en estas mujeres: Estructura de carácter masoquista; sexualidad inhibida; maternidad inhibida; incapacidad de descargar apropiadamente la cólera: Conflicto hostil con la madre, manejado con sacrificio; retraso en conseguir el tratamiento.

Le Shan (1969), revisando las discusiones previas acerca de que las personas particularmente afectadas por las pérdidas son más susceptibles al cáncer, plantea la existencia de una personalidad predispuesta al cáncer al sugerir que la personalidad caracterizada por sentimientos de desesperación, desesperanza y proclives a la depresión, constituye una predisposición necesaria al cáncer.

El riesgo de desarrollar un cáncer de mama puede establecerse en términos de riesgo absoluto o relativo. El riesgo absoluto se refiere al conjunto de la población, mientras que el riesgo relativo hace referencia al riesgo de un grupo determinado de mujeres. A veces se confunde lo que es riesgo a lo largo de la vida y la incidencia anual.

El riesgo o incidencia anual es el número de mujeres de una población diagnosticadas de cáncer cada año y se expresa en tanto por ciento. El riesgo a lo largo de la vida es la posibilidad de que una mujer desarrolle cáncer durante su vida. Como ya se ha comentado, existe un riesgo de base del 4% al 6%, con algunos factores que acentúan dicho riesgo en parte de esta población, de los cuales los que realmente influyen de forma decisiva (sexo, edad y antecedentes familiares y personales) no son modificables. Como el riesgo de desarrollar un cáncer de mama aumenta con la edad, a medida que la población envejece el número total de mujeres con cáncer de mama continuará aumentando. <sup>(51)</sup>

Bernard Fisher et al 1997. Define la historia natural del cáncer de mama como un comportamiento clínico-evolutivo en el tiempo desde que apareció la primera célula tumoral hasta la muerte del portador de la neoplasia. Todavía existe una considerable controversia sobre la historia natural del cáncer de mama a pesar de los innumerables estudios dedicados a ello. Como ocurre con otros tumores, el desarrollo y crecimiento de la enfermedad es variable y, probablemente, esté influenciado por características específicas del tumor, del huésped y de los factores ambientales. Se admite que transcurren de 10 a 15 años como tiempo medio desde que aparecen las primeras lesiones precancerosas hasta que la enfermedad se hace sistémica.

Prescindiendo de la discutida historia natural del cáncer de mama está claro que un diagnóstico precoz del cáncer de mama disminuye la tasa absoluta de la mortalidad de la enfermedad en la población a la que se le ha hecho el screening según se ha demostrado en los estudios al azar controlados desde los años 60.

Para Álvarez et al, 1996; el cáncer de mama es la primera causa de muerte en la mujer entre los 35 y 54 años y la segunda tras las enfermedades cardiovasculares por encima de los 54 años, tratándose de la primera causa de muerte por cáncer no prevenible entre las mujeres.

Según Garfinkel et al en 1994, en el ámbito mundial se estima una incidencia del cáncer de mama de 18,8 por cada 100.000 mujeres, existiendo una gran variabilidad de un país a otro. Las tasas más altas se dan en EEUU, concretamente en la raza blanca donde se diagnostican 85 nuevos casos por cada 100.000 mujeres cada año. Una de las preocupaciones en relación con el cáncer de mama lo constituye el aumento progresivo de su incidencia.

Entre las principales muertes diagnosticadas en Venezuela en el periodo 1986-1994, el cáncer ocupó el 2º lugar precedido por enfermedades del corazón. El cáncer de mama ocupó el 1er lugar de causa de muerte en este periodo (exceptuando el año 1993). En 1994 esta enfermedad causó el 13,26% (865 casos) de las muertes por cáncer de la mujer en Venezuela.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Describir los factores de riesgo para cáncer de mama en las pacientes que acuden a la consulta de Mastología en la unidad de Oncología del Hospital Central Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos”. Acarigua Edo Portuguesa, durante el periodo Enero 2013-octubre 2013.

### **Objetivos Específicos:**

Determinar los factores de riesgo biológicos para cáncer de mama.

Identificar los factores de riesgo psicológicos para cáncer de mama.

Identificar los factores de riesgo sociales para cáncer de mama.

### **Aspectos Éticos:**

Con esta investigación se practicará una encuesta de manera aleatoria en donde cada paciente será autónoma de decir si participa o no, respetando su identidad al momento de tabular los resultados. Todo esto con el fin de establecer una estadística a nivel regional que sirva como plataforma para crear mejoras en la atención de las pacientes que padezcan cáncer de mama y en base a los antecedentes orientar a la prevención tanto de ella como de sus familiares.

## **METODOS**

### **Tipo de estudio**

El estudio será descriptivo y prospectivo.

### **Población y muestra**

La población serán todas las pacientes, que acuden en la consulta de mastología del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos”. Araure –Estado Portuguesa en el periodo Enero 2013 a Octubre 2013. La muestra estará conformada por 80 pacientes seleccionadas de manera intencional y no probabilística a la cual se le aplicará una encuesta con preguntas de selección simple.

### **Criterios de inclusión:**

- Diagnostico previo de cáncer de mama.
- Cualquier edad.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Referidas por especialista para valoración diagnostica.
- Pacientes que consulten después del lapso del inicio del estudio.

### **Procedimientos**

#### **Registro de datos**

Una vez presentado el estudio y ser aprobado; a todas las pacientes con diagnostico de cáncer de mama que acudan a la consulta de Mastología, en la Unidad de Oncología del Hospital Central Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos”. Acarigua Edo Portuguesa, durante el periodo Enero 2013-octubre 2013; que cumplan con los criterios de inclusión, se les explicara en qué consiste la investigación, duración de la misma, beneficios que puede traer en un futuro y en qué consiste el consentimiento informado. A las pacientes que acepten participar en el estudio se les hará entrega de la ficha encuesta, basado en el modelo de Gail, (Anexo A).

Los resultados obtenidos se analizarán a través de la estadística descriptiva que serán presentados en gráficas de distribución de frecuencias y porcentajes para su análisis cuantitativo, que de acuerdo a los autores “la estadística descriptiva, incluyen los métodos de recopilación, organización, presentación e interpretación de un grupo de dato; que determina la más típica del grupo y su distribución a la variable” <sup>(52)</sup>, con el propósito de facilitar el análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de la información a las pacientes seleccionadas para el estudio.

Por otra parte, “los instrumentos aplicados a cierto número de una población demuestran gran importancia, por cuanto a través de ellos se puede evidenciar la problemática ubicada en dicho lugar de estudio”. <sup>(53)</sup> Es decir, a través de los mismos se pueden solucionar en parte la problemática que presentan dichas pacientes.

#### Tratamiento estadístico

La información recabada a través de la ficha y la matriz de datos, serán organizadas en categorías para proceder a analizarlos y someterlas posteriormente a un proceso de medición usando la estadística descriptiva, con el fin de precisar en porcentajes la magnitud de los hechos, los mismos son representados en gráficas para una mayor comprensión de los resultados. <sup>(54)</sup>

## RESULTADOS

La muestra consistió en 80 pacientes; el grupo etario predominante estuvo entre los 40-49 años de edad, 32 pacientes (40,0%); seguido del grupo entre 50-59 años, con 26 (32,5%); 15 pacientes (18,8%) entre 20-39 años y pacientes con más de 60 años solo 7 (8,8%). Gráfico 1.

La edad de menarquía estuvo entre los 11-13 años, 54 (67,5%) de los casos y en 17 (21,3%) la edad de la menarquía fue 14-16 años; edades tempranas de menarquía 8-10 años, apenas en 6 (7,5%) de las pacientes; solo 1 paciente (1,3%) tuvo su menarquía con más de 17 años de edad. Gráfico 2.

El gráfico 3, resume los datos de la edad de primer embarazo, de acuerdo a éste, 30 pacientes (37,5%) lo tuvo entre los 18-25 años de edad; así, entre 26-29 años, fueron 27 (33,8%) de las pacientes; entre los 13-17 años, 18 pacientes (22,5%), y 3 (3,8%) después de los 17 años.

Sobre el número de embarazos (gráfico 4), la mayoría de las pacientes, 24 (30,0%) tuvo entre 3-4 embarazos; fueron nulíparas, 18 mujeres (22,5%), con más de 4 embarazos, se identificaron 22 pacientes (27,5%); el resto, entre 1-2 embarazos, fueron 16 (20,0%) de pacientes.

En relación a los factores de riesgo reportados (gráfico 5), 60 pacientes (75,0%) indicó uso de lactancia materna; mientras que, tratamiento con hormonas, fueron 34 pacientes (42,5%); de las que usaban hormonas (gráfico 6), la mayoría la uso durante 1-3 años, 23 (67,6%); que usó más de 4 años, 5 (14,7%) y menos de 1 años, solo 6 pacientes (17,6%).

En lo que refiere a la patología mamaria (gráfico 7), 29 (36,3%) de las pacientes indicó tener antecedentes de patología benigna, y 25 (31,3%) de tipo maligna.

Los aspectos relacionados a la herencia de enfermedad (gráfico 8), indicó que 24 pacientes (30,0%) tuvo familiar directo con cáncer de mama; 19 mujeres (23,8%) tuvo un familiar directo fallecido por cáncer de mama y 34 (42,5%) manifestó tener un familiar directo fallecido por algún otro tipo de cáncer.

Sobre los familiares afectados según el antecedente de cáncer de mama (gráfico 9), la madre de 7 (29,2%) paciente desarrollo la enfermedad; la abuela y tía de 6 (25%) pacientes respectivamente y la hermana de 5 (20,8%) pacientes desarrollo cáncer de mama. De estas el mayor porcentaje de fallecidas por esta patología corresponde a la madre y abuela, en igual proporción de 31,6%; seguido de la hermana 21,1% y la tía 15,8%. En lo que respecta a familiares directo con otro tipo de cáncer, es encabezado por la abuela, 12 (35,3%) de las pacientes; hermana 10 (29,4%); madre 8 (23,5%) y tía 4 (11,6%) de las pacientes.

Respecto a la actitud de personalidad ante la enfermedad, la mayoría tuvo actitud pasiva, 52 (65,0%), una actitud agresiva ante la enfermedad, estuvo presente en 12 (15,0%) de las pacientes y con una actitud tímida, 16 (20,0%). Gráfico 10.

El gráfico 11 muestra los resultados relacionados al tipo de relación con la pareja de la afectada, 43 mujeres indicó tener relación de tipo amorosa (53,8%), una actitud con maltratos, representó 11 (13,8%) de los casos; actitud agresiva, 8 (10,0%) y otro tipo de actitud, no precisada, en 18 (22,5%) de las pacientes.

Y por último, el apoyo de la familia (gráfico 12), 46 mujeres (57,4%) manifestaron tener siempre el apoyo familiar frente a la enfermedad, mientras que 13 (16,3%), refirieron algunas veces, 5 (6,3%); nunca, 11 (13,8%) y otro tipo de apoyo, 10 (12,5%).

## DISCUSION

Los resultados obtenidos del presente estudio de tipo descriptivo, prospectivo, donde se incluyeron 80 pacientes que acudieron a la consulta de mastología del Hospital Universitario “Jesús María Casal Ramos” durante el lapso enero – octubre del 2013, con cáncer de mama fueron los siguientes:

En cuanto a los factores de riesgo biológico el rango de edad fue de 20-60 años. Siendo el grupo etario predominante de 40-49 años, 40,0% (32); seguido del grupo entre 50-59 años, con 32,5% (26). (Grafica 1). Estos resultados difieren de lo expuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. Leopoldo Santillana Arreygua en el 2009, y la mayoría de la literatura donde la edad predominante sobrepasa los 50 años para ser considerado un factor pre disponente.

La edad de la menarquía estuvo entre los 11-13 años, 67,5% (54) (grafico 2); y el mayor porcentaje refirió su primer embarazo entre los 18-25 años de edad, 37,5% (30); (grafico 3); Sobre el número de embarazos, (gráfico 4), la mayoría de las pacientes, 30,0% (24) tuvo entre 3-4 embarazos; con más de 4 embarazos, se identificaron 27,5% (22). De ellas el 75,0% (60) indicó uso de lactancia materna (grafico 5); coincidiendo con el trabajo realizado en el Hospital Julio Trigo (Cuba) en el periodo 2007-2010, donde la edad promedio de la menarquía fue después de los 12 años y el primer embarazo antes de los 24 años de edad, refiriendo el número de hijos mayor a 1 por cada paciente y un gran porcentaje ofreció lactancia materna.

En relación a los factores de riesgo reportados como tratamiento con hormonas (gráfico 6), 42,5%(34) de las pacientes usaban hormonas, la mayoría uso durante 1-3 años, 67,6% (23); y por más de 4 años, solo 14,7% (5). Coincidiendo con los hallazgos de Romero F, et al en el 2009(México), donde las pacientes refirieron como factor de riesgo haber recibido terapia hormonal; y difiriendo con el mismo, en el tiempo de exposición a las hormonas en el cual sobrepasan los 5 años.

En cuanto a la patología mamaria (gráfico 7), 36,3% (29) de las pacientes indicó tener antecedentes de patología benigna, y 31,3%(25) de tipo maligna. Los antecedentes

relacionados a la herencia de enfermedad (gráfico 8), indicó que 30,0% (24) de las pacientes tuvo familiar directo con cáncer de mama; 23,8% (19) familiar directo fallecido por cáncer de mama y 42,5% (34) manifestó tener un familiar directo fallecido por algún otro tipo de cáncer. Sobre los familiares afectados según el antecedente de cáncer de mama (gráfico 9), la madre ocupa el mayor porcentaje (29,2%) de padecer la enfermedad y fallecer por esta causa, y 35,3% (12) familiar con otro tipo de cáncer,. Coincidiendo con lo expuesto por Hernández et al en el 2010. Donde la variable de mayor impacto fue los antecedentes familiares con cáncer de mama.

Respecto a la actitud de personalidad ante la enfermedad, 65,0% (52) de las pacientes, presentó actitud pasiva y 15,0% (12) actitud agresiva. (Gráfico 10). Manteniendo una relación de pareja (grafico 12) de tipo amorosa 53,8% (43). Manifestando además, que reciben apoyo familiar (grafico13), siempre 57,4% (46), mientras que 16,3% (13) recibieron apoyo algunas veces. Coincidiendo con lo expuesto por Gómez P. et al en 2010(Bolívar- Venezuela), donde el 35% de las pacientes estaban casadas con buena relación en pareja, 65% recibía apoyo familiar, con condición normal para la depresión y difiriendo del mismo en que el 45% , se encontraban en condición limítrofe para ansiedad.

Los resultados obtenidos del presente estudio de tipo descriptivo prospectivo, donde se incluyó 80 pacientes que acudieron a la consulta de Mastología en la Unidad de Oncología del Hospital Central Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos”. Acarigua estado Portuguesa, durante el periodo enero-octubre del 2013, con cáncer de mama permiten llegar a las siguientes conclusiones:

- 1- Factores de riesgo biológicos: edad de aparición de la menarquía, paridad, lactancia materna, antecedentes personales y familiares de cáncer de mama. Estén presentes o no. No ejercen efecto protector frente a la enfermedad.
- 2- Factores de riesgo psicosociales: aunque se mantenga un carácter de tranquilidad y armonía durante toda la vida; no excluye desarrollar la enfermedad.

- 3- El perfil biopsicosocial de la paciente que presenta factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama es: menarquía entre 11-13 años, tener 1 o más hijos entre los 18-25 años de edad, consumo de anticonceptivos y/o hormonas, antecedentes personales y familiares con cáncer de mama u otro tipo de cáncer. Sin excluir aquellas pacientes que dan lactancia a sus hijos y llevan una vida plena y armoniosa.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios todopoderoso por darme la fuerza de no decaer.

Al Dr. José Minota por darme la oportunidad de ser su alumna y guiarme con paciencia y dedicación durante todo el proyecto. Un doctor digno de Admirar, mil gracias.

Al Servicio de mastología del Hospital Universitario “Jesús María Casal Ramos” de Araure, por abrirme sus puertas para la realización de este trabajo.

A la Licenciada en Enfermería Ana Casasanta por ayudarme en la recolección de las muestras.

A cada paciente de la consulta de mastología, que sufre día a día con esta terrible enfermedad. Por ustedes y para ustedes los logros de este trabajo.

Al Hospital Materno Infantil “Dr. José Gregorio Hernández”, Departamento de Obstetricia y Ginecología, por darme la oportunidad de formarme en su escuela.

A todos mil gracias....

**Eukary Karina Torrealba**

## REFERENCIAS

1. Stirling JW, Chandler JA. The fine structure of the normal, resting terminal ductal lobular unit of the female breast. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol* 372(3):205-226, 1976.
2. Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF. SEER Cancer Statistics Review, 1973-1996. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1999.
3. Otto SJ, Fracheboud J, Looman CW, Broeders MJ, Boer R, Hendriks JH, Verbeek mortality: a systematic review. *Lancet* 361 (9367): 1411-1417, 2003.
4. Duffy SW, Tabar L, Vitak B, Day NE, Smith RA, Chen HH, Yen MF. The relative contributions of screen-detected in situ and invasive breast carcinomas in reducing mortality from the disease. *Eur J Cancer* 39(12):1755-1760, 2003.
5. Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *BMJ* 321(7262):665-669, 2000.
6. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer Statistics, 2000. *CA Cancer J Clin* 50(1):7-33, 2000.
7. Garfinkel L., Boeing CC. Changing trends: An overview of breast cancer incidence and mortality. *Cancer* 1994; 74:222-2.
8. American Cancer Society.:Breast Cancer Facts and Figures 2006. Atlanta, Georgia: Last accessed December 14.
9. Chlebowsky RT, Chen Z, Anderson GL et al. Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97:439-448
10. Parkin DM.et al. Cancer incident in five continents. 1997. vol VII ( IARC Scientific publications N° 143.
11. Sasco AJ, Lowenfels AB, Pasker-DeJong P. Epidemiology of male breast cancer: a meta-analysis of Publisher case-control studies and discussion of selected aetiological factors. *Int J Cancer* 53 (4):538-549, 1993.
12. Anuario de Mortalidad. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas, Venezuela [internet]. 2006 [citada 22 agosto 2012]. Disponible en: [URL:http://www.msds.gob.ve](http://www.msds.gob.ve).
13. Haskell CM, Casciato DA. Breast cancer natural history. En: *Manual of Clinical Oncology*. Casciato DA, Lowitz BB (eds). Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 221-222.

14. Alvarez, A.; Aguirre, F.; Lastra, J.D.; Del Barrio, R., y Delgado-Rodríguez M. Estadios clínicos pre y postquirúrgicos en el diagnóstico precoz y tardío del cáncer de mama en Cantabria. *Rev de Senología y Patología Mamaria*. 1995; 8(3):107-112.
15. Tellechea, investigación, “Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres usuarias del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela”, Montevideo Uruguay, 2009, [Trabajo de Investigación]; Uruguay Universidad Católica de Montevideo, Facultad de Medicina, 2009.
16. Romero F., Santillán A., Olvera H., Morales S., Ramírez M., “Frecuencia de factores de riesgo en pacientes con cáncer de mama”, efectuado en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria 231, del IMSS, 2009 [Corte Transversal], México, *Revista de Gineco-Obstetricia*, Mex 2009; 76 (11):667-72.
17. Santillán Arreygua L., Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama en el Instituto Mexicano del Seguro Social, México [internet]. 2009 [citada 01 julio 2012]. Volumen 76 (núm. 11): disponible: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx).
18. Argote L, Toledo GP, Delgado R, Domínguez D, Cano P, Noa A, Quiala M. Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el Hospital Julio Trigo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2010; 11(1):3-6.
19. Chlebowsky R. Mature analysis from the womens intervention nutrition study (WINS) evaluating dietary fat reduction and breast cancer outcome. 29th Annual SABC Symposium: Abstract 32. Presented December 15, 2006.
20. Hernández, Borges, Márquez, y Betancourt; Riesgo conocido para el cáncer de mama en pacientes con cáncer patológico benigno no patología, en la Escuela de Medicina “Dr. José María Vargas”, Instituto de Biomedicina, Instituto “Dr. Luis Razetti”, 2010 [estudio prospectivo caso-control], Venezuela, *Oncol* 2010;22(1):16-31 2010.
21. Loreto y Castro, “Enfermedad Fibroquística Mamaria”, en la consulta de ginecología del Hospital “Pastor Oropeza” de Barquisimeto del Estado Lara, 2009 [Carácter Descriptiva], Venezuela Universidad Centrooccidental “Lizandro Alvarado” UCLA, Facultad de Medicina, 2009.
22. Nino, Ferri N. et al. Cáncer de mama e índice de masa corporal en mujeres posmenopáusicas. *Revista venezolana de oncología* [internet]. Caracas 2010 [citada 01 Julio 2012]; v. 22 (n. 2): Disponible: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-05822010000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000200003&lng=es&nrm=iso).
23. Gómez P. et al; Factores psicosociales del cáncer de mama en pacientes del Hospital “Virgen del Valle”, Ciudad Bolívar del Estado Bolívar, 2010 [estudio descriptivo de corte transversal], Venezuela Universidad de Oriente Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta”, 2010.

24. Ottman R, Pike MC, King MC, Henderson BE. Practical guide for estimating risk for familial breast cancer. *Lancet* 83(8349):556-558, 1983.
25. Ford D, Easton DF, Bishop DT, Narod SA, Goldgar DE. Risks of cancer in BRCA1-mutation carriers. Breast Cancer Linkage Consortium. *Lancet* 343(8899):692-695, 1994.
26. Struwing JP, Hartge P, Wacholder S, Baker SM, Berlin M, McAdams M, Timmerman MM, Brody LC, Tucker MA. The risk of cancer associated with specific mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews. *N Engl J Med* 336(20):1401-1408.
27. Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK, Green SB, Schairer C, Mulvihill JJ. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst* 81(24):1879-1886, 1989.
28. Rosner B, Colditz GA. Nurses' health study: log-incidence mathematical model of breast cancer incidence. *J Natl Cancer Inst* 88(6):359-364, 1996.
29. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet* 350(9084):1048-1059, 1997.
30. Hankinson SE, Willett WC, Manson JE, Colditz GA, Hunter DJ, Spiegelman D, Barbieri RL, Speizer FE. Plasma sex steroid hormone levels and risk of breast cancer in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst* 90(17):1292-1299, 1998.
31. Winer E, Morrow M, Osborne CK, Harris JR. Risk Factors For Breast Cancer. En: *Cancer Principles & Practice of Oncology*. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds) Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 1653-1654.
32. McMichael AJ, Giles GG. Cancer in migrants to Australia: extending the descriptive epidemiological data. *Cancer Res* 48(3):751-756, 1988.
33. Buell P. Changing incidence of breast cancer in Japanese-American women. *J Natl Cancer Inst* 51(5):1479-1483, 1973.
34. Hunter DJ, Spiegelman D, Adami HO, Beeson L, van den Brandt PA, Folsom AR, Fraser GE, Goldbohm RA, Graham S, Howe GR. Cohort studies of fat intake and the risk of breast cancer--a pooled analysis. *N Engl J Med* 334(6):356-361, 1996.
35. Thune I, Brenn T, Lund E, Gaard M. Physical activity and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 336(18):1269-1275, 1997.
36. Longnecker MP. Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review. *Cancer Causes Control* 5(1):73-82, 1994.

37. Zhang S, Hunter DJ, Hankinson SE, Giovannucci EL, Rosner BA, Colditz GA, Speizer FE, Willett WC. A prospective study of folate intake and the risk of breast cancer. *JAMA* 281(17):1632-1637, 1999.
38. Freudenheim JL, Marshall JR, Vena JE, Laughlin R, Brasure JR, Swanson MK, Nemoto T, Graham S. Premenopausal breast cancer risk and intake of vegetables, fruits, and related nutrients. *J Natl Cancer Inst* 88(6):340-348, 1996.
39. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 312(3):146-151, 1985.
40. Gervais-Fagnou DD, Girouard C, Laperriere N, Pintillie M, Goss PE. Breast cancer in women following supradiaphragmatic irradiation for Hodgkin's disease. *Oncology* 57(3):224-231, 1999.
41. Madigan MP, Ziegler RG, Benichou J, Byrne C, Hoover RN. Proportion of breast cancer cases in the United States explained by well-established risk factors. *J Natl Cancer Inst* 87(22):1681-1685, 1995.
42. Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK, Green SB, Schairer C, Mulvihill JJ. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst* 1989;81:1879-1886.
43. Claus EB, Risch N, Thompson WD. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer: implications for risk prediction. *Cancer* 1994; 73:643-651.
44. Berry DA, Iversen ES Jr, Gudbjartsson DF, Hiller EH, Garber JE, Peshkin BN, et al. BRCA1 validation, sensitivity of genetic testing of BRCA1/BRCA2, and prevalence of other breast cancer susceptibility genes. *J Clin Oncol* 2002;20:2701-2712.
45. Shattuck-Eidens D, Oliphant A, McClure M, McBride C, Gupte J, Rubano T, et al. BRCA1 sequence analysis in women at high risk for susceptibility mutations. Risk factor analysis and implications for genetic testing. *JAMA* 1997;278:1242-1250.
46. Frank TS, Deffenbaugh AM, Reid JE, Hulick M, Ward BE, Lingenfelter B, et al. Clinical characteristics of individuals with germline mutations in BRCA1 and BRCA2: analysis of 10,000 individuals. *J Clin Oncol* 2002;20:1480-1490.
47. Shapiro S. et al. Periodic breast cancer screening in reducing mortality. *JAMA* 1971;215:1777-1785
48. Tabar L. et al. Reduction in mortality for breast cancer after mass screening with mamography. *Lancet* 1985;1:829-932. 90
49. Verbeek ALM et al. Reduction in breast cancer mortality through mass screening with modern mamography. First results of the Nijmegen Project. *Lancet* 1984;1:1222-1224.

50. Colette HJA. et al. Evaluation of screening for breast cancer in non randomized study. Lancet 1984;1:1224-1226

51. de Linares Galindo, P. Programa de detección precoz del cáncer de mama de la AECC de Málaga. Estudio retrospectivo del periodo 1983-1996. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, Facultad de Medicina. 1998.

52. Arteaga P; Metodología de la Investigación, FUNDESUP, Merida Venezuela.2005, Marzo. 2: 15-30.

53. Hurtado (2007), Elaboración de Proyectos de Investigación Magisterio, Caracas Venezuela. 2001. (p.36).

54. Palella y Martinez; Metodología de la Investigación. Editorial Millas, Colombia; 2006

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nº \_\_\_\_\_

**CÁNCER DE MAMA: FACTORES DE RIESGO**

Se me ha invitado a participar en la realización de un trabajo especial de grado, para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia de la Doctora Eukary Torrealba, por lo que mediante la presente estoy de acuerdo en:

- Facilitar mis datos personales.
- Responder todas las preguntas de manera sincera, sin ocultar ningún dato.

Mi consentimiento esta dado de manera voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento si lo deseo. Así mismo tengo pleno conocimiento de que mi identidad y mis datos aportados son confiables y no serán revelados en la publicación de los resultados.

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Cedula de identidad: \_\_\_\_\_

Firma de la paciente \_\_\_\_\_

Firma del médico responsable

\_\_\_\_\_

## Apéndice A

Instrucción del llenado: Lea cada una de las preguntas, registre una X por respuesta que corresponda o compléntenla según la pregunta.

1- Edad: \_\_\_\_\_

2- Edad de inicio de menstruación: \_\_\_\_\_

3- Edad de primer embarazo: \_\_\_\_\_

4- Número de embarazos: \_\_\_\_\_

5- Alimentó de lactancia materna

\* Sí: \_\_\_\_\_

\* No: \_\_\_\_\_

6- Consume tratamiento con hormonas o anticonceptivos orales

\* Sí: \_\_\_\_\_

\* No: \_\_\_\_\_

7- Cuanto tiempo ha consumido tratamiento con hormonas o anticonceptivos orales

\* Días: \_\_\_\_\_

\* Meses: \_\_\_\_\_

\* Años: \_\_\_\_\_

8- Antecedentes de patología mamaria benigna

\* Sí: \_\_\_\_\_

\* No: \_\_\_\_\_

9- Antecedentes de patología mamaria maligna

\* Sí: \_\_\_\_\_

\* No: \_\_\_\_\_

10- Algún familiar directo ha padecido cáncer de mama:

\* Sí: \_\_\_\_\_

\* No: \_\_\_\_\_

11-Tipo de familiar directo que ha padecido cáncer de mama:

\* Madre: \_\_\_\_\_

\* Abuela: \_\_\_\_\_

\* Hermana: \_\_\_\_\_

\* Tía (materna o paterna): \_\_\_\_\_

\* Otro especifique: \_\_\_\_\_

12- Algún familiar directo ha fallecido por cáncer de mama

\* Sí: \_\_\_\_\_

\* No: \_\_\_\_\_

13-Tipo de familiar directo que ha fallecido por cáncer de mama

\* Madre: \_\_\_\_\_

\* Abuela: \_\_\_\_\_

\* Hermana: \_\_\_\_\_

\*Tía (materna o paterna): \_\_\_\_\_

14- Algún familiar directo ha padecido otro tipo de cáncer:

\* Sí: \_\_\_\_\_

\* No: \_\_\_\_\_

15-Tipo de familiar directo que ha padecido otro tipo de cáncer:

\* Madre: \_\_\_\_\_

\* Abuela: \_\_\_\_\_

\* Hermana: \_\_\_\_\_

\* Tía (materna o paterna): \_\_\_\_\_

16- Tipo de personalidad:

\* Agresiva: \_\_\_\_\_

\* Pasiva: \_\_\_\_\_

\* Tímida: \_\_\_\_\_

17- Tipo de relación con su pareja:

\* Amorosa: \_\_\_\_\_

\* Agresiva: \_\_\_\_\_

\* Maltratos físicos o verbales ocasionales: \_\_\_\_\_

\* Otro (especifique): \_\_\_\_\_

18- Recibe apoyo familiar:

\* Siempre: \_\_\_\_\_

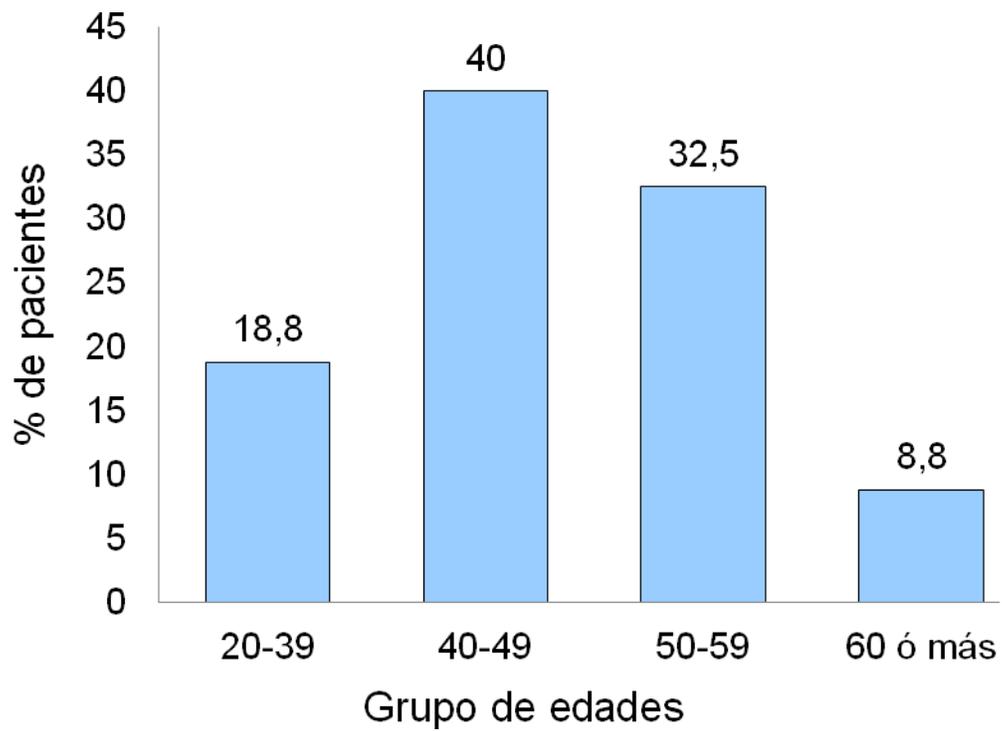
\* Algunas veces: \_\_\_\_\_

\* Nunca: \_\_\_\_\_

\* Otros: \_\_\_\_\_

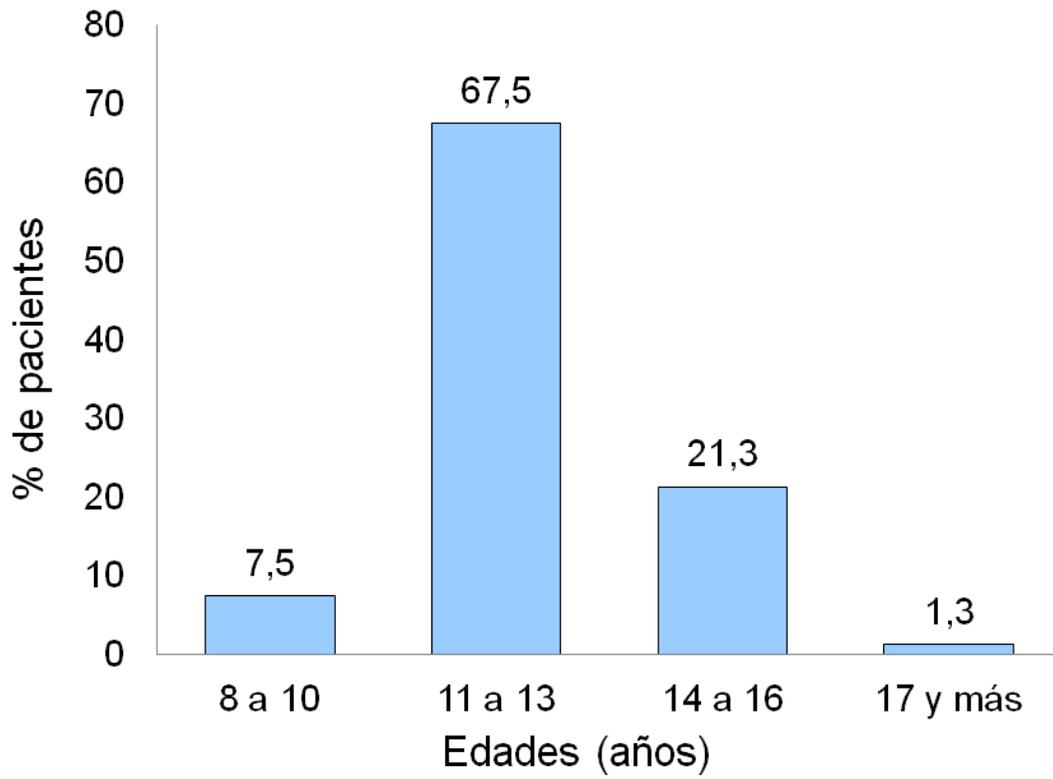
**Gráfico 1.**

**Distribución de casos según edad.  
Cáncer de mama: factores de riesgo.**

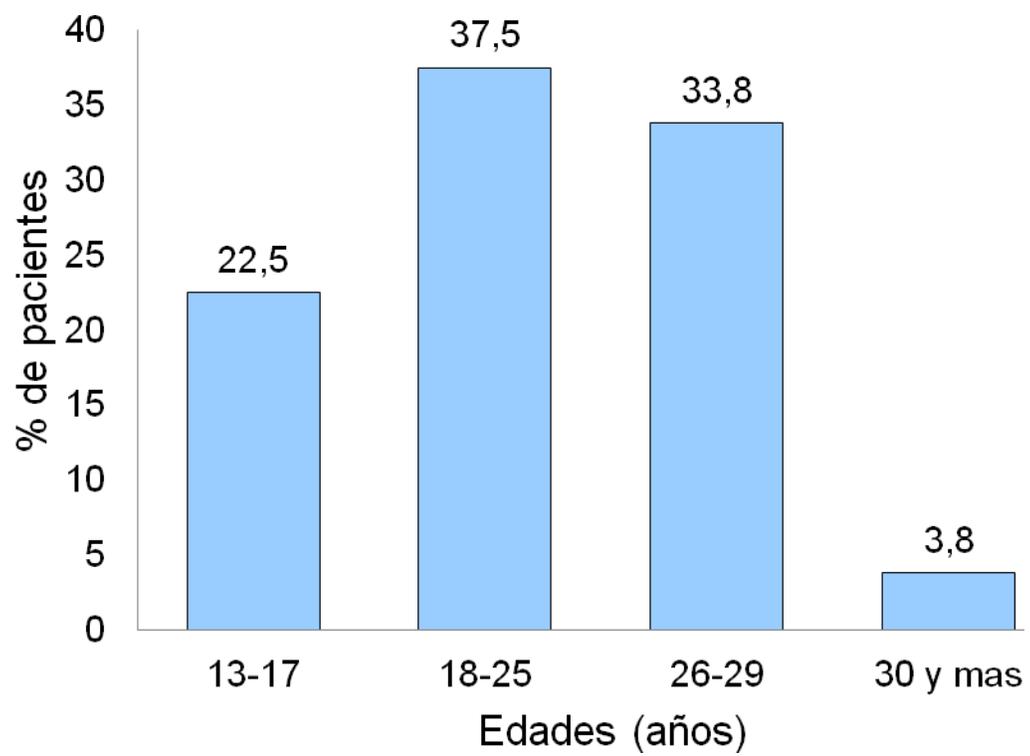


**Gráfico 2.**

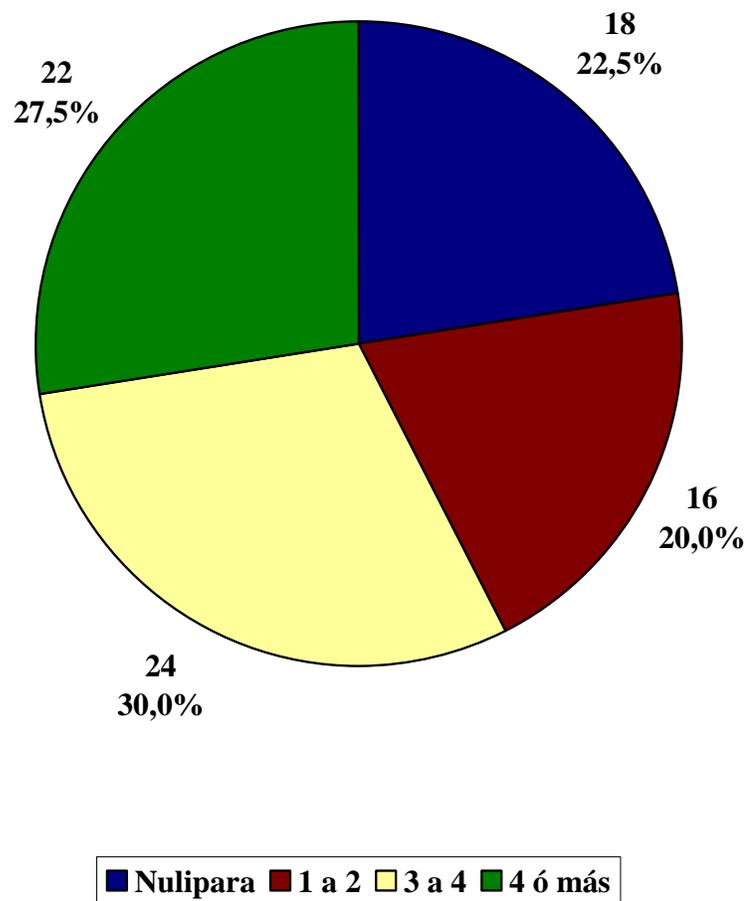
**Distribución de casos según edad de la menarquía.  
Cáncer de mama: factores de riesgo.**



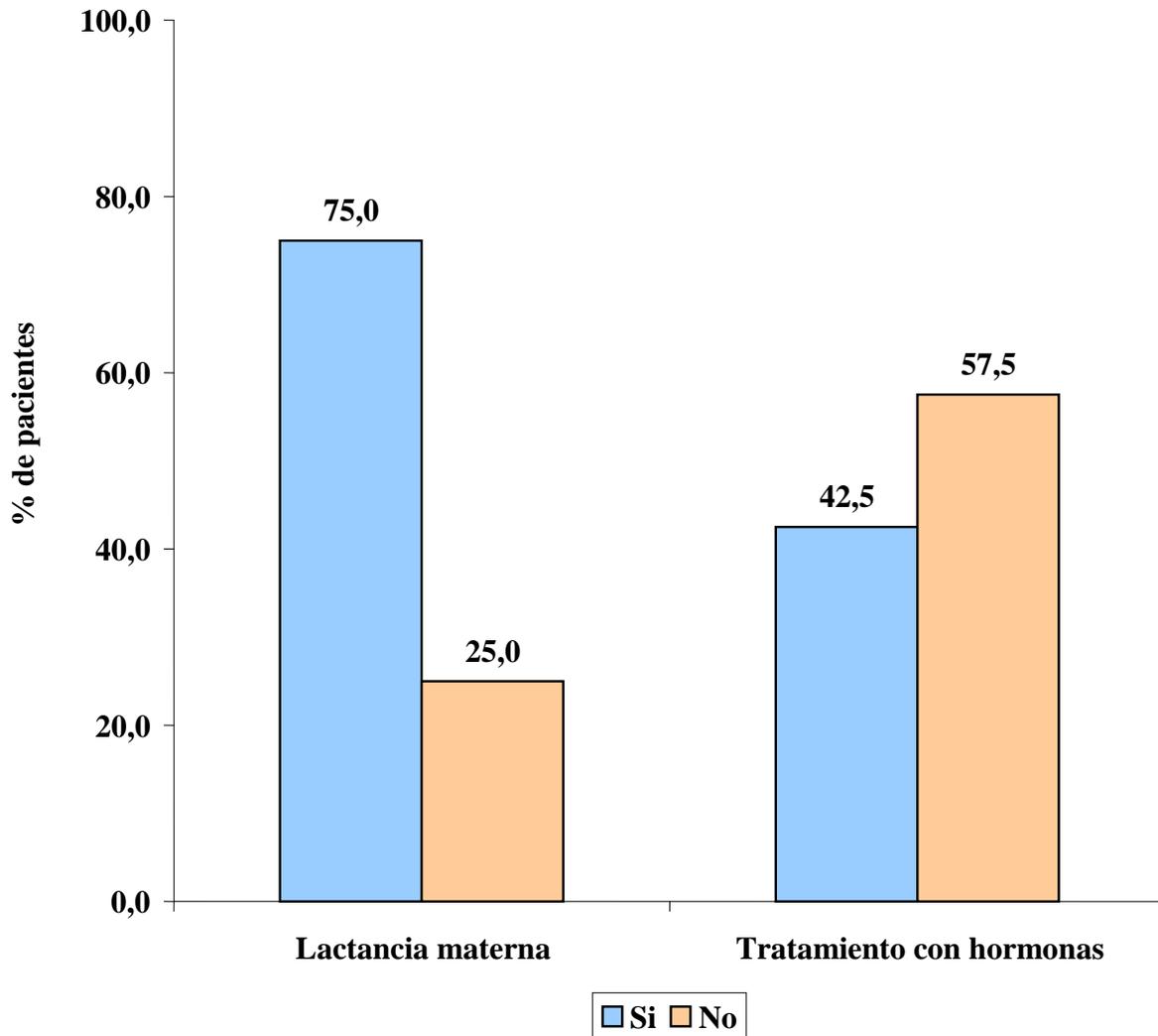
**Gráfico 3.**  
**Distribución de casos según edad de primer embarazo.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



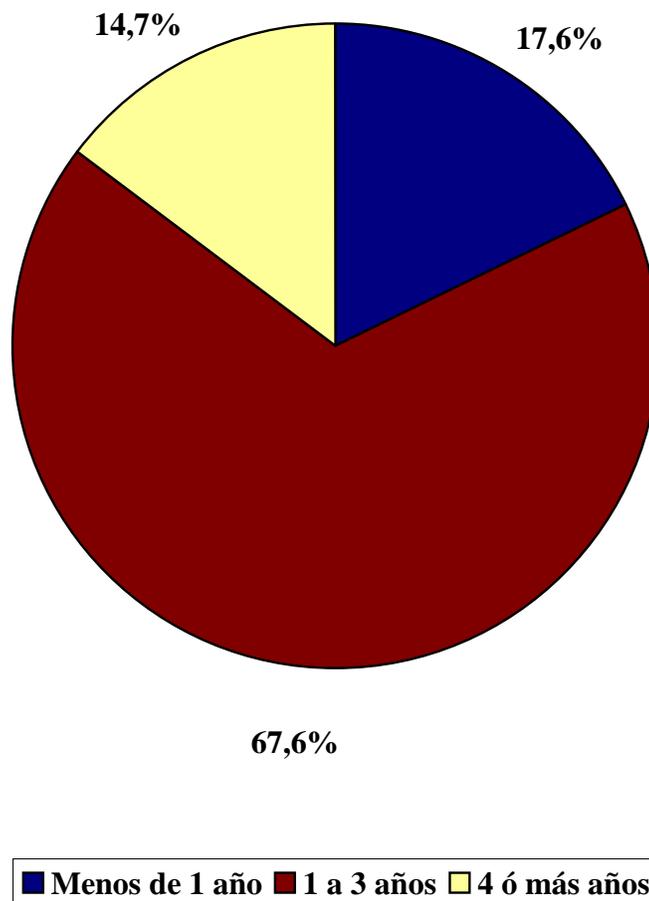
**Gráfico 4.**  
**Distribución de casos según número de embarazos.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



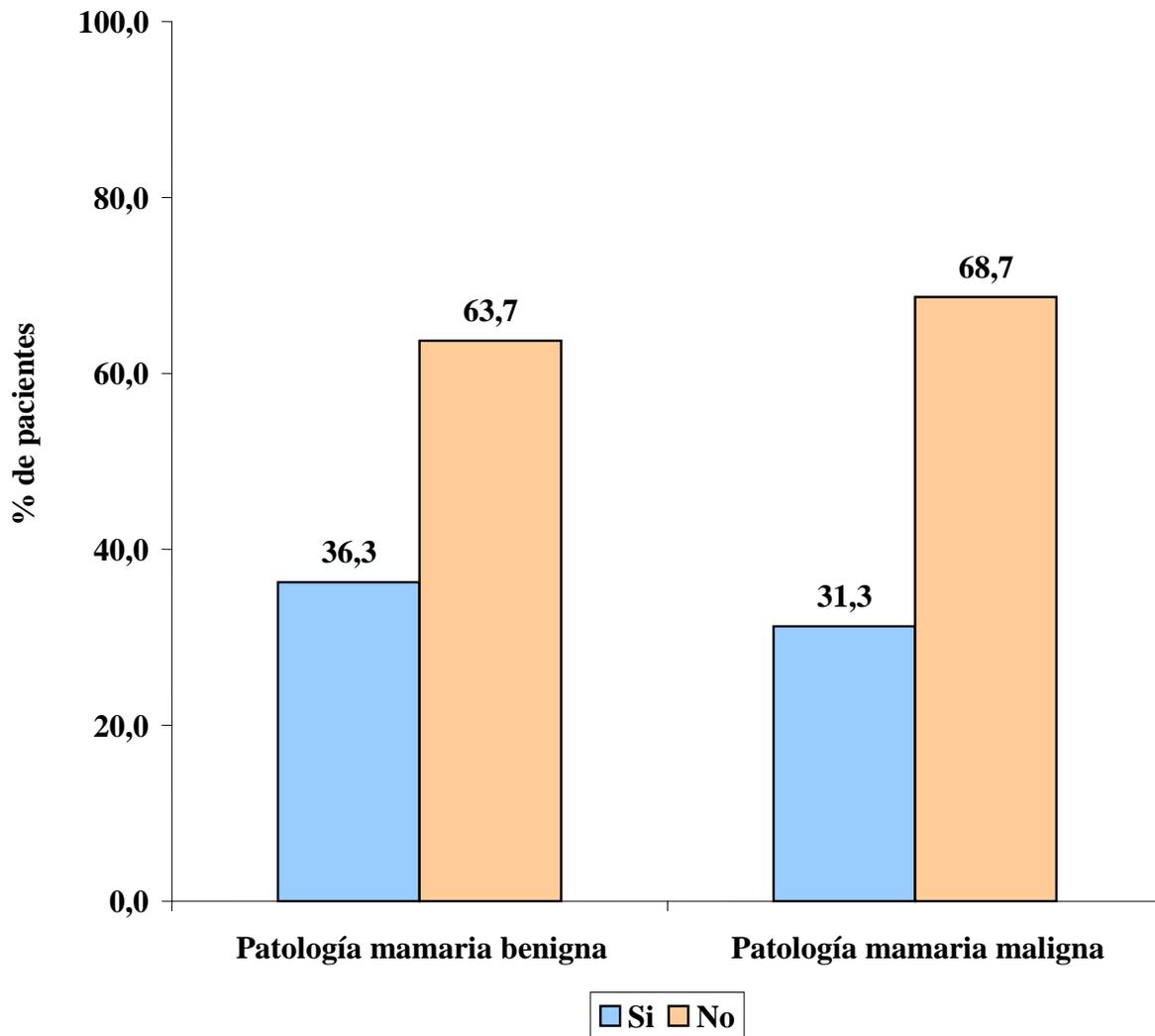
**Gráfico 5.**  
**Distribución de casos según lactancia materna y tratamiento de hormonas.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



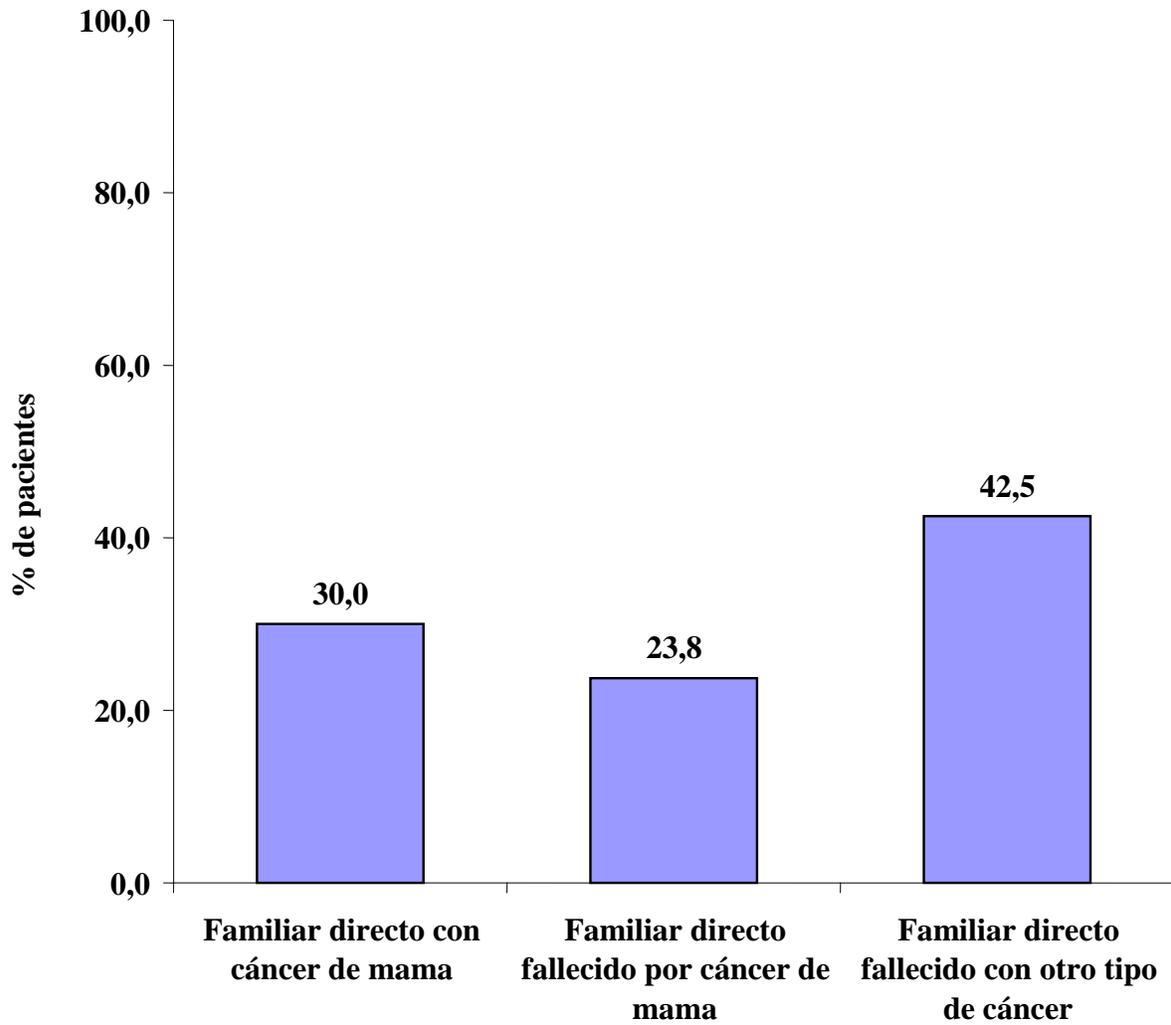
**Gráfico 6.**  
**Distribución de casos según tiempo con el uso de hormona.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



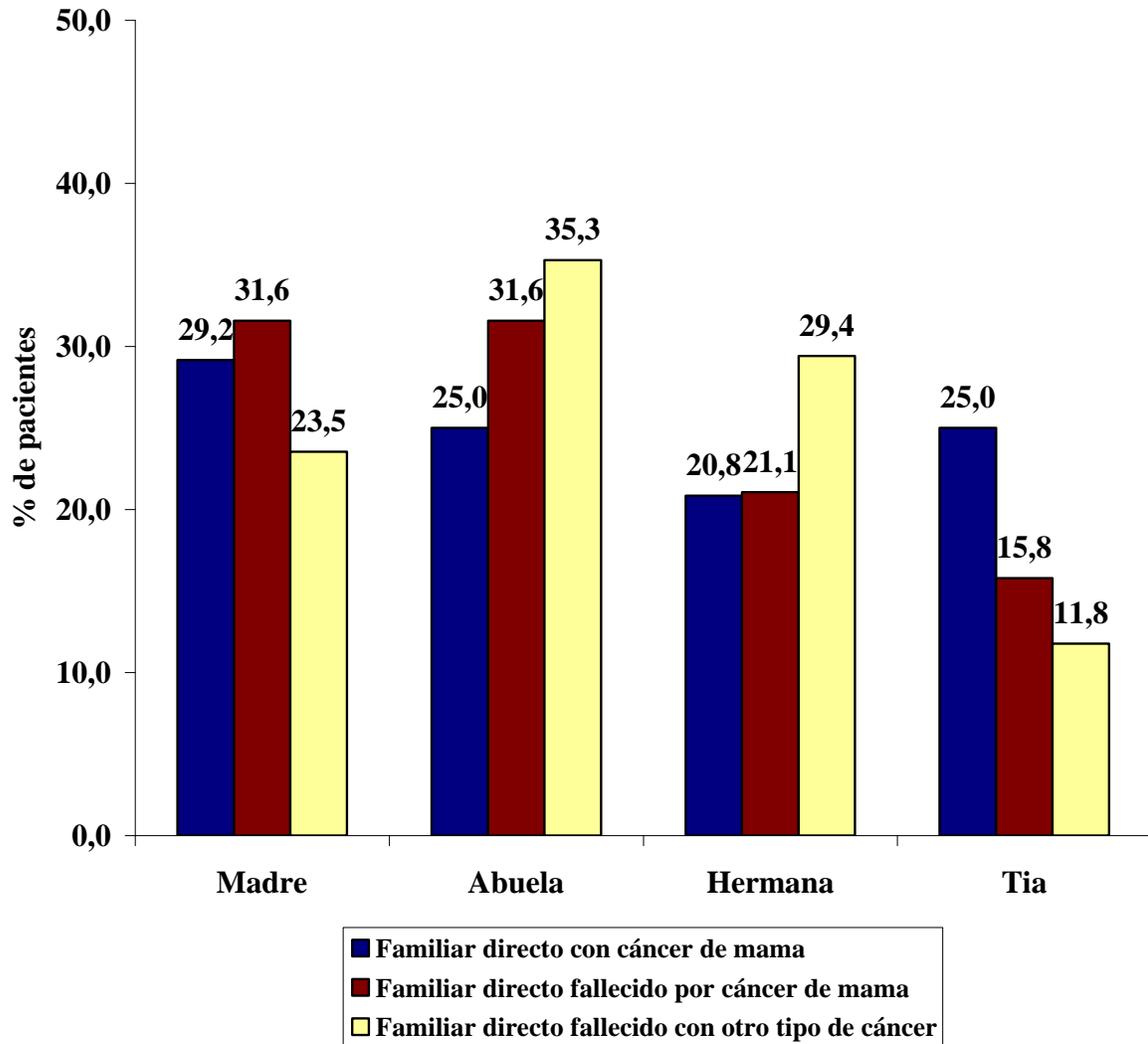
**Gráfico 7.**  
**Distribución de casos según antecedentes de patología mamaria benigna y maligna.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



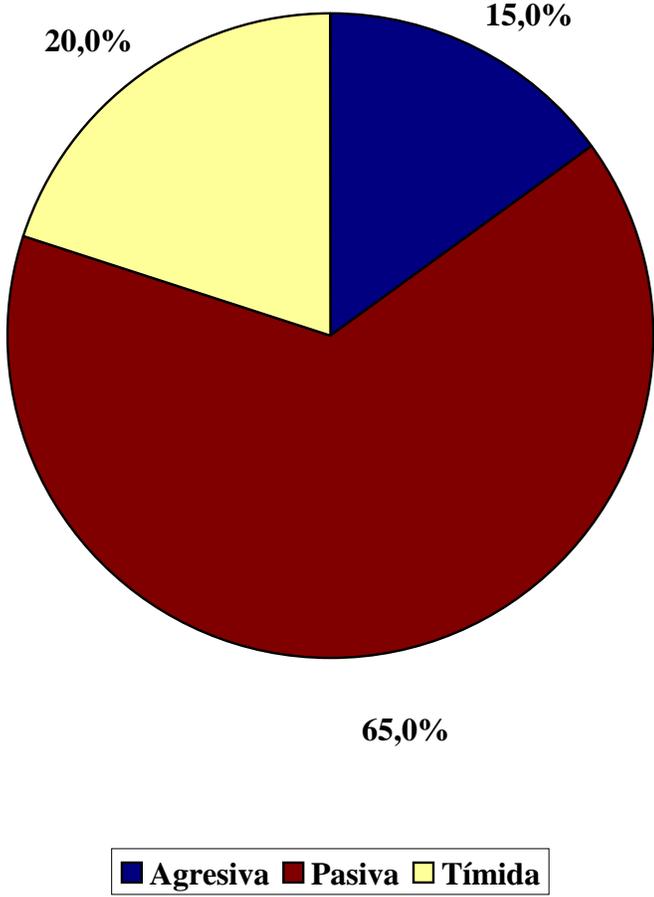
**Gráfico 8.**  
**Distribución de casos según antecedentes de patología en familiares.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



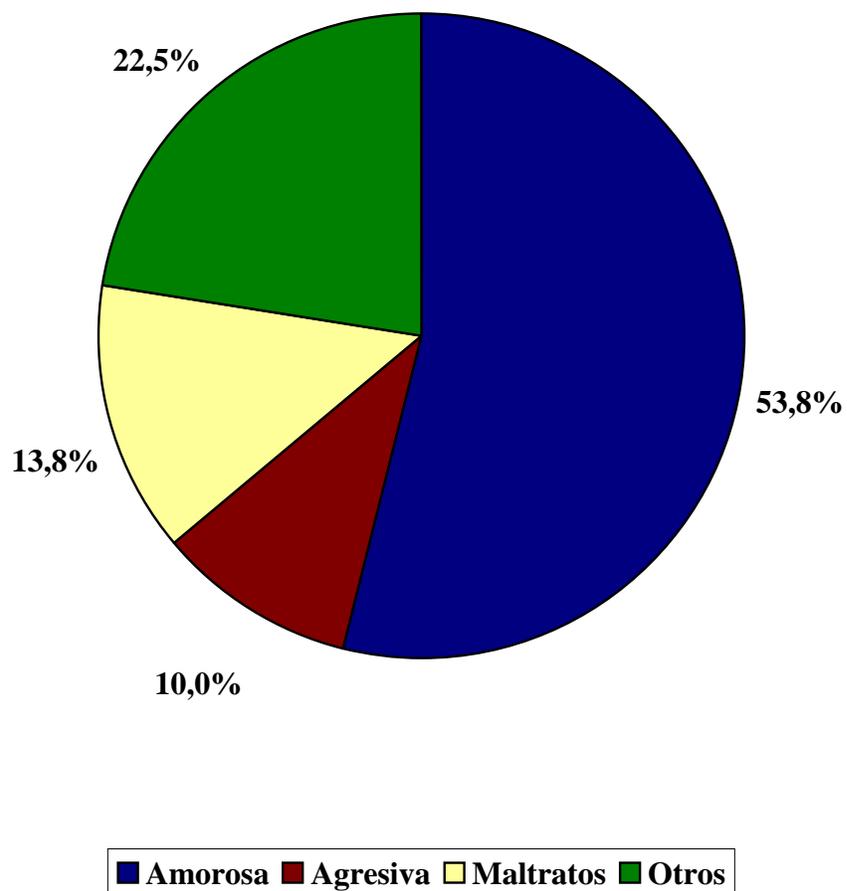
**Gráfico 9.**  
**Distribución de casos según antecedentes de patología según característica del familiar.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



**Gráfico 10.**  
**Distribución de casos según tipo de personalidad.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



**Gráfico 11.**  
**Distribución de casos según característica de la relación con la pareja.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**



**Gráfico 12.**  
**Distribución de casos según característica de apoyo familiar.**  
**Cáncer de mama: factores de riesgo.**

