

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**Comportamiento hacia la prevención del cáncer en
usuarios del servicio de oncología del Hospital Militar
Central. 2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

María Lidia Nieto Bazalar

ASESOR

María Fabiola Quiroz Vásquez

Lima - Perú

2017

**COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN
USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL. 2017**

A DIOS:

***Le dedico este trabajo por haberme dado
la oportunidad de cumplir mis metas
profesionales y personales.***

A MIS PADRES:

***Por su amor incondicional y apoyo
constante en cada etapa de mi vida.***

A MI ESPOSO E HIJOS
Por su amor y ser mi inspiración en la vida

A MI ASESORA
Por la dirección y guía en el presente trabajo

INDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.5. Propósito.	7
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	44
2.4. Operacionalización de las variables	45
CAPITULO III MATERIAL Y METODO	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	46
3.2. Sede de estudio	46
3.3. Población y muestra	46
3.4. Criterios de selección	47
3.4.1. Criterios inclusión	47
3.4.2. Criterios de exclusión	47
3.5. Unidad de análisis	47
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.7. Validez y confiabilidad	47
3.8. Plan de recolección de datos	48
3.9. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	48
3.10. Consideraciones éticas	48
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	49
4.2. Discusión	53
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	59
5.2. Recomendaciones	60
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1.	Comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios de consulta al Servicio de Oncología en el Hospital Militar Central	50
2.	Comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente biopsicológico en usuarios de consulta externa del Servicio de Oncología en el Hospital Militar Central	51
3.	Comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente entorno en usuarios de consulta externa del Servicio de Oncología en el Hospital Militar Central	52

RESUMEN

Autora: Lic. Maria Nieto Basalar

Asesor: Mg. Fabiola Quiroz Vasquez

El cáncer Se configura como un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo

La prevención del cáncer es la acción que se adopta para reducir la probabilidad de padecer de cáncer. La aplicación de la prevención de la enfermedad, permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo, mientras más precoz sea su aplicación será más efectiva, por lo tanto se debe dar énfasis a la prevención primaria con el fin de contribuir al bienestar de la población en general.

La presente investigación titulada “COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CANCER EN USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL”. 2015 tiene como objetivo determinar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios que acuden a consulta en el Hospital Militar Central 2015.

La investigación es de tipo descriptivo aplicativo. La población estará conformada por pacientes que acuden a consultorio Externo de Oncohematología, los cuales responderán a criterios establecidos por el investigador: La muestra estará conformada por 50 pacientes el cual será obtenido mediante el método del muestreo no probabilístico. Para el recojo de la información se utilizará un instrumentos: Cuestionario Tipo Likert modificado, que permitirá identificar la percepción del paciente, y responden a las dimensiones biosociológico, y de entorno,

para el análisis de datos se hará uso del programa SPSS, los resultados se presentaran en cuadros, o gráficos. Las conclusiones, y recomendaciones se elaborarán considerando los objetivos del estudio, así como la operacionalización de las variables.

Palabras Claves: comportamiento humano, prevención, cáncer

ABSTRACT

Author: Lic. Maria Nieto Basalar

Advisor: Mg. Translation and Localization

Cancer is a major public health problem in both developed and developing countries.

Cancer prevention is the action taken to reduce the chance of getting cancer. The application of disease prevention, according to its level of intervention, improves the health status of the population in the short, medium or long term, the earlier its application will be more effective, therefore, emphasis should be placed on the Prevention in order to contribute to the well-being of the population in general.

This research entitled "BEHAVIOR FOR THE PREVENTION OF CANCER IN USERS THAT GO TO THE ONCOLOGY SERVICE OF THE CENTRAL MILITARY HOSPITAL". 2015 aims to determine the behavior towards cancer prevention in users who come to consultation at the Central Military Hospital 2015.

The research is descriptive application type. The population will be made up of patients who go to an external Oncohematology clinic, which will respond to criteria established by the researcher: The sample will consist of 50 patients, which will be obtained by the method of non-probabilistic sampling. For the collection of information, a tool will be used: modified Likert Type Questionnaire, which will allow the identification of the patient's perception, and respond to the biosociological and environment dimensions, for the analysis of data will be made use of the SPSS program, the results are Presented in tables, or charts. The conclusions and recommendations will be elaborated

considering the objectives of the study, as well as the operationalization of the variables.

Keywords: human behavior, prevention, cancer

PRESENTACIÓN

El cáncer Se configura como un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. El incremento de supervivientes de cáncer ha hecho necesario que esta enfermedad deje de tratarse como un proceso agudo y pase a ser considerado como un proceso crónico, resaltando la importancia de realizar investigaciones sobre el comportamiento de los pacientes en la prevención y tratamiento de la enfermedad considerando efectos psicológicos, sociales, organizacionales y ambientales.

El cáncer ha sido clasificado como una enfermedad que presenta una evolución prolongada y progresiva que puede llevar a la muerte si es que no es detectada a tiempo mediante acciones de prevención.

El término prevención hace referencia a la acción y efecto de prevenir está relacionado con términos como prever (saber con anticipación lo que ha de pasar).La aplicación de la prevención de la enfermedad, permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo, mientras más precoz sea su aplicación será más efectiva, por lo tanto se debe dar énfasis a la prevención primaria con el fin de contribuir al bienestar de la población en general.

Por otro lado se sabe que los índices de esta morbilidad se podrían reducir considerablemente, si se modificaran comportamientos que no promueven la salud, por lo que los comportamientos o prácticas individuales o colectivas de las personas tienen un impacto muy importante en la salud; en la medida en que sean favorables o

desfavorables, contexto que motivo a la realización de la presente investigación.

Para la realización del presente estudio consta de: Capítulo I. Introducción que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico que incluye los antecedentes de estudio, base teórica, y operacionalización de variables. Capítulo III y IV. Metodología, que expone el nivel, tipo y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos; procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo v. presupuesto, cronograma de actividades, presupuesto. Finalmente se presenta la referencia bibliográfica, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

El cáncer por su historia tiene una connotación trágica y es considerada una enfermedad mortal de gran sufrimiento, que generan muchos temores entre la población en general. Es una enfermedad que debe ser considerado producto de muchos factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de presentar cáncer, tales como: factores genéticos, estilo de vida y el medio ambiente que nos rodea, por lo que se debe considerar elementos de constante estudio: la detección de factores de riesgo, la posibilidad de diagnóstico temprano y de tratamiento precoz mediante la prevención.

La prevención del cáncer es la acción que se adopta para reducir la probabilidad de padecer de cáncer. La aplicación de la prevención de la enfermedad, permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo, mientras más precoz sea su aplicación será más efectiva, por lo tanto se debe dar énfasis a la prevención primaria con el fin de contribuir al bienestar de la población en general. (2)

Hay tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, en cada uno de ellos, se genera acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes etapas de la de la enfermedad.

En los países latinoamericanos, se presenta un bajo índice de prevención y acceso a los servicios manteniéndose altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y carenciales. (Rodríguez y Rojas, 1998).

Por otro lado se sabe que los índices de esta morbilidad se podrían reducir considerablemente, si se modificaran comportamientos que no promueven la salud (malos hábitos de higiene, conducta sexual de riesgo, entre otros) y se hiciera énfasis en la cultura de la prevención primaria (Santos, 1998).

En este contexto para reducir el impacto del cáncer, es necesario que se reduzca primeramente la presencia de los factores de comportamiento y factores ambientales que aumentan su riesgo.

El comportamiento de las personas es producto de la interacción de múltiples variables: políticos, sociales, económicos y ambientales así como componentes cognitivos y emocionales de la persona, que ejercen una función activadora, e influyente en la conducta con el fin de lograr una meta específica.

Por lo que los comportamientos o prácticas individuales o colectivas de las personas tienen un impacto muy importante en la salud; en la medida en que sean favorables o desfavorables, pueden constituir un factor de riesgo o de protección para el individuo.

Durante mi práctica profesional he podido detectar la presencia de factores sociales(prejuicios), culturales (creencias sobre la salud, y de conocimiento (sobre acciones de auto cuidado) que influyen en las personas a la hora de buscar servicios preventivos, esto aunado a la

percepción que tienen de una persona enferma de cáncer, relacionada A los cambios físicos como caída del cabello, delgadez extrema, náuseas vómitos, dolor, así como los cambios psicoemocionales como depresión aislamiento miedo, temor a la muerte, refieren los limitan o inhiben a la hora de decidir acudir a la consulta médica en condición de “aparente salud” por el temor de la posibilidad de ser diagnosticado de cáncer, lo cual se ve reafirmado con versiones con alto contenido afectivo y emocional tales como: “tengo miedo de sólo pensar que puedo tener cáncer”, “ sufriría y haría sufrir mucho a mis seres queridos si me detectan algo malo” “prefiero no saber y vivir sin preocupaciones”, versiones que hacen presumir o explicarían la adopción de un comportamiento de no prevención en la mayoría de las personas con el consiguiente riesgo de que en los próximos años aumenten las estadísticas de morbi-mortalidad por esta enfermedad.

El contexto referido sirvió de motivación para la realización del estudio formulado de la siguiente manera:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES EL COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CANCER EN USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En la prestación de los servicio de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad deben ocupar un lugar preponderante, que permita incrementar los niveles de salud de la población pero pese a los esfuerzos del Sector Salud y de los

medios de comunicación no han resultado eficaces para la disminución de las muertes por esta enfermedad.

Estudios en esta área necesitan ser desarrollados para contar con información acerca de variables relevantes que expliquen por qué las personas no le atribuyen importancia a las acciones preventivas para disminuir el riesgo de un mal mayor, contribuyendo además al aporte de información para la elaboración de programas de prevención adecuados a las condiciones, y necesidades de conocimientos de las personas usuarias, y por ende favorecer el desarrollo de comportamientos protectores y/o preventivos, constituyendo una de las metas primordiales de la enfermería.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

- Determinar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios de consulta al servicio de oncología en el Hospital Militar Central

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente biopsicológico en usuarios de consulta externa del servicio de oncología en el Hospital Militar Central.
- Identificar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente entorno en usuarios de consulta externa del servicio de oncología en el Hospital Militar Central

1.5 PROPÓSITO

Desde el punto de vista técnico el propósito de los resultados de la presente investigación es contar con información válida que permita explicar el comportamiento hacia la prevención, y plantear estrategias para el fomento de una cultura de prevención en la población. A través de un replanteamiento de las actividades de enfermería con el propósito de revertir las estadísticas de morbi mortalidad por esta enfermedad

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Vilma Margot Vivas Sánchez y otros, 2012 “**Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama**” Objetivo: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de factores de riesgo de cáncer de mama. Materiales y Métodos: estudio de carácter cuantitativo de tipo descriptivo prospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 88 mujeres, que laboran en la Universidad Francisco de Paula Santander; se seleccionaron 50 mujeres, realizándose dos estratos divididos equitativamente. Para la identificación de los conocimientos actitudes y prácticas fue necesario el diseño de un instrumento que evaluó las variables sociodemográficas, determinantes de la salud, conocimientos, actitudes y prácticas. Resultados: el 80% de las mujeres muestran una actitud favorable frente a la prevención y promoción de la salud. Manteniendo la disposición de poner en práctica los conocimientos adquiridos y buscando asistencia médica oportuna. El 54% presentan prácticas inadecuadas, revelando que las intervenciones realizadas por las mujeres para el cuidado de su salud no constituyen un factor protector para la prevención de cáncer de mama. Conclusiones: al evaluar los conocimientos sobre la prevención del cáncer de mama, se obtiene un puntaje alto por parte de los dos grupos de estudio: docentes y administrativos con una categoría de medición correspondiente a buenos conocimientos en un 58%, por lo que se concluye que las mujeres presentan un aprendizaje continuo, utilizan los factores

protectores y manejan mayores medidas de prevención frente al cáncer de mamas.

Barrera Basilio, Milagros Sonia titula,(2015) realizó la tesis titulada “Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste al Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo”, teniendo como objetivo determinar el nivel de cultura sobre prevención y detección precoz del cáncer.

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. Respecto al muestreo es no probabilístico y por conveniencia; se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento de recolección de datos un cuestionario, el cual fue aplicado a 145 personas que son usuarios de los diferentes servicios que ofrece el Centro de Salud. Llegando a las siguientes conclusiones que el Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer es Bajo con 35.7% (52); y respecto a cada dimensión se encontró que el Nivel de Cultura sobre prevención del cáncer es Bajo con 46.6% (68) y Nivel de Cultura sobre el Diagnóstico Precoz del cáncer es Bajo con 46.7% (68) sobre el total de la muestra.

CARVALHO, Emilia Campos realizó un estudio titulado” RIESGO DE CÁNCER Y COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS: LA PERSUASIÓN COMO UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN” La efectividad de las intervenciones de promoción de la salud, protección y diagnóstico precoz puede depender del proceso de persuasión empleado. Este estudio buscó evaluar el grado de riesgo para la aparición de cáncer, contemplando los factores de riesgo pertinentes a cada tipo, así como la presencia y las características de la persuasión en la comunicación para su prevención y detección precoz. Se trata de un estudio

observacional, de 110 habitantes de un barrio de Ribeirao Preto, San Pablo. Conclusión: Se constataron altos riesgos para el cáncer del colon/recto, de cervix y de endometrio; moderados riesgos para los ya descritos, además de pulmón y de mama. En cuanto a la persuasión, se observó el desencadenamiento de las informaciones sobre cáncer; sin embargo estas no consiguieron mantenerse por largos períodos, además de la inexistencia de refuerzo. Se considera la persuasión una estrategia útil para disminuir esos riesgos y de incentivo y manutención de comportamientos preventivos, adoptándose en todo su proceso, ya que apunta caminos a ser recorridos.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 QUÉ ES EL CÁNCER Y CÓMO SE DESARROLLA?

El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo. Mientras las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado, la célula cancerosa “olvida” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales. Algunos cánceres pueden no formar tumores, como sucede típicamente en los de origen sanguíneo. Por otra parte, no todos los tumores son “malignos” (cancerosos). Hay tumores que crecen a un ritmo lento, que no se diseminan ni infiltran los tejidos los vecinos y se los considera “benignos”.

La SEOM estima que en el año 2015 se diagnosticarán 220.000 casos nuevos en España (incidencia). En el año 2007 ocasionó 100.000 muertes y fue la primera causa de mortalidad en nuestro país (datos Instituto Carlos III).

Afortunadamente el riesgo de mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo de forma considerable en los últimos 20 años. A pesar de que alrededor del 50% de los enfermos diagnosticados de cáncer en España viven más de 5 años, aquellos que padecen cáncer avanzado pueden tener supervivencias mucho más cortas. El comportamiento, pronóstico y tratamiento de los diversos tipos de cáncer, incluso dentro de las distintas fases evolutivas de un mismo tumor, son muy diferentes.

¿Cómo se diagnostica y qué aspecto tiene?

Ante la aparición de manifestaciones derivadas de la presencia del tumor, como un bulto de rápido crecimiento, una tos o ronquera persistentes, sangrados digestivos, etc. se inician una serie de estudios clínicos.

Estos comenzarán por la anamnesis (interrogatorio médico) y la exploración física, y seguirán por investigaciones analíticas y de imagen. En ocasiones los resultados pueden ser sugestivos de su existencia, al descubrir, por ejemplo, un nódulo mamario en la exploración o en una mamografía, una masa pulmonar en una radiografía o un marcador tumoral elevado.

Sin embargo, para el diagnóstico de certeza es imprescindible la confirmación histológica, que lleva acabo el patólogo analizando el

tumor a través del microscopio. Para ello siempre deberá extraerse y analizarse una muestra del tejido tumoral, con procedimientos como la punción-aspiración o la biopsia.

Muy excepcionalmente, como puede suceder en algunos hepatocarcinomas o tumores cerebrales, puede llegar a prescindirse del diagnóstico patológico.

Tipos de cáncer

El tipo de cáncer se define entre otras cosas por el tejido u órgano en el que se formó. Así por ejemplo, un cáncer de colon que dio lugar a metástasis hepáticas sigue denominándose cáncer de colon, y no cáncer hepático.

Desde una perspectiva estricta pueden definirse tantos tipos de cánceres como enfermos, cada uno con sus alteraciones moleculares y celulares específicas, pero de forma sintética se agrupan por el tejido que los dio origen:

Carcinomas. Se trata de cánceres que se originan a partir de células epiteliales. Estas son células que tapizan la superficie de órganos, glándulas o estructuras corporales. Representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, incluyendo las variedades más comunes de cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros.

Sarcomas. Son cánceres que se forman a partir del llamado tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los

cartílagos o el tejido graso. Los más frecuentes son los sarcomas óseos.

Leucemias. Son cánceres que se originan en la médula ósea, que es el tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las alteraciones en estas células pueden producir, respectivamente, anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación (sangrados o trombosis).

Linfomas. Se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos.

Estos términos se acompañan frecuentemente de un prefijo que describe el tipo de célula que lo ocasionó, por ejemplo: Adeno= glándula, Condro= cartílago, Eritro= glóbulo rojo, Hemangio= vaso sanguíneo, Lipo= grasa, Melano= célula pigmentada, Mio= célula muscular Osteo= hueso

El análisis microscópico puede definir subtipos de cáncer que a veces comportan pronóstico variable.

Entre las células normales y las cancerosas existe un espectro de condiciones morfológicamente diferentes en su análisis microscópico.

La hiperplasia es una situación en la que se produce un aumento en la proliferación celular, manteniéndose la estructura celular normal. Habitualmente es una respuesta normal y reversible a un estímulo irritante.

La displasia es un proceso no canceroso en el cual existe una proliferación excesiva caracterizada por la pérdida de la organización

normal de los tejidos, y de la arquitectura celular normal. De ordinario es reversible, pero puede sufrir una transformación carcinomatosa.

Es por ello que las áreas de displasia deben monitorizarse, y a veces, tratarse. El caso más severo de displasia llega a formar el carcinoma "in situ", confinada dentro de la barrera anatómica más inmediata al lugar en que se inició.

En el proceso de transformación carcinomatosa las células pierden en distinto grado la capacidad de diferenciación o especialización de sus funciones, y además proliferan activamente (entran en "mitosis"), es decir, adquieren características "atípicas".

Estos cambios morfológicos en las células permiten clasificar a los tumores en diferentes grados, siendo tanto más agresivos cuanto más alto es su grado o indiferenciación.

Finalmente, el creciente desarrollo de las técnicas de biología molecular está permitiendo sub clasificar con mucho más detalle los perfiles moleculares de cada tumor.

Así, a través de técnicas como los microarrays de genes, pueden estudiarse los llamados perfiles de expresión génica o firmas genéticas del tumor. Su aplicabilidad clínica es todavía muy limitada.

2.3 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.CONCEPCIONES Y ÁMBITOS DE ACCIÓN

A. ¿QUÉ ES LA PREVENCIÓN?

La prevención del cáncer es la acción que se toma para reducir la probabilidad de padecer de cáncer. Además de los problemas físicos y el sufrimiento emocional que causa el cáncer, los altos costos de la atención también representan una carga para los pacientes, sus familias y el público. Con la prevención, se reduce el número de casos nuevos de cáncer. Se espera que esto reduzca la carga de cáncer y disminuya el número de muertes por esta enfermedad.

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades relacionadas. Muchas cosas en nuestros genes, nuestro estilo de vida y el medio ambiente que nos rodea pueden aumentar o disminuir el riesgo de presentar cáncer.

- Los científicos estudian muchas maneras diferentes de ayudar a prevenir el cáncer, como las siguientes:
- Formas de evitar o controlar cosas que se sabe que provocan cáncer.
- Cambios en la alimentación y el estilo de vida.
- Identificación temprana de afecciones precancerosas. Las afecciones precancerosas son afecciones que se pueden convertir en cáncer.

- Quimio prevención (medicinas para tratar una afección precancerosa o evitar que el cáncer aparezca).

B. La Prevención De La Enfermedad

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud.

Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así

como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo Identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

FACTOR DE RIESGO. CONCEPTO

Se denomina factor de riesgo a ciertas variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarlas.

a. Factor de riesgo no modificable.

Son aquellos factores relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la herencia.

b. Factor de riesgo modificable

Son aquellos susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos con acciones preventivas, como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad.

3. Conducta de riesgo

Concepto

“Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente”.(OMS 1998).

Factores ambientales de riesgo

La exposición a sustancias químicas y a otras sustancias en el medio ambiente se vinculó con algunos cánceres:

Se encontraron vínculos entre la contaminación del aire y el riesgo de cáncer. Estos incluyen vínculos entre el cáncer de pulmón y la

exposición pasiva al humo de tabaco, la contaminación del aire exterior.

El consumo de agua que contiene gran cantidad de arsénico se vinculó con cánceres de piel, vejiga y pulmón.

Se realizaron estudios para determinar si los plaguicidas y otros contaminantes aumentan el riesgo de cáncer. Los resultados de estos estudios no fueron claros porque otros factores pueden modificar los resultados de los estudios.

2.2.4. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y COMPORTAMIENTO PREVENTIVO.

Hasta hace poco tiempo, prevalecía una concepción de la salud reduccionista, mecanicista, dualista y orientada hacia la enfermedad (Bernard y Krupat, 1994). Tradicionalmente, el énfasis recaía en lo curativo, obviando la prevención y la promoción de la salud. En las últimas décadas, se ha dado un giro en la concepción de la salud, como un fenómeno bio-psico-social que implica, además, la posibilidad de obtener un estado óptimo mediante el empleo de ciertas estrategias comportamentales.

Es decir, como lo apuntan Moscoso y Oblitas (1994), se considera que la salud es un estado de bienestar que se adquiere o se deteriora de acuerdo con ciertas conductas. Desde esta perspectiva, los psicólogos deben estar orientados a promover una salud integral, por lo que sus tareas se agruparían en tres grandes categorías: la investigación, las aplicaciones y la formación de recursos humanos capacitados en esta área (Weiss, 1982). En los países en vía de desarrollo, como los países

latinoamericanos, se presenta un bajo índice de prevención y acceso a los servicios para la mayor parte de la población y aún se mantienen altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y carenciales, y se empiezan a incrementar las enfermedades propias del desarrollo (Rodríguez y Rojas, 1998). Los índices de esta morbilidad se podrían reducir considerablemente si se modificaran comportamientos que no promueven la salud (hábitos de higiene, conducta sexual y revisiones periódicas) y se hiciera énfasis en la cultura de la prevención primaria (Santos, 1998).

Psicólogos deben estar orientados a promover una salud integral, por lo que sus tareas se agruparían en tres grandes categorías: la investigación, las aplicaciones y la formación de recursos humanos capacitados en esta área (Weiss, 1982).

En los países en vía de desarrollo, como los países latinoamericanos, se presenta un bajo índice de prevención y acceso a los servicios para la mayor parte de la población y aún se mantienen altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y carenciales, y se empiezan a incrementar las enfermedades propias del desarrollo (Rodríguez y Rojas, 1998). Los índices de esta morbilidad se podrían reducir considerablemente si se modificaran comportamientos que no promueven la salud (hábitos de higiene, conducta sexual y revisiones periódicas) y se hiciera énfasis en la cultura de la prevención primaria (Santos, 1998).

Es importante mencionar la importancia que adquiere la psicología de la salud en la investigación de comportamientos preventivos que expliquen por qué las personas no le atribuyen importancia a las conductas preventivas que les evitan un mal mayor.

El estudio en este campo incrementa el impacto de la investigación y la práctica de los profesionales de la psicología de la salud, de tal modo que los conocimientos y productos tecnológicos de esta actividad puedan incidir efectivamente en la salud de la población (Rodríguez y Rojas, 1998).

III.PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Delimitación conceptual

El avance que se ha dado en los últimos años en la implementación de actividades preventivas y de promoción de la salud desde las diferentes instancias de los de salud, hace que éstas vayan alcanzando un nivel de prioridad cada vez mayor, hasta convertirse en el elemento nuclear del cambio cualitativo de la transformación producida; por lo tanto se trata de promover opciones de vida sana entre las personas, en situación de normalidad de crecimiento y desarrollo, y no solamente de prevenir daños a la salud de las personas con riesgo de padecerlos.

La promoción no es únicamente prevenir la enfermedad. La promoción y la prevención son dos conceptos que tienden a confundirse.

a. Prevención

Permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de control viable y eficaz. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población.

b. Promoción

Por el contrario, comienza con gente básicamente sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan.

2. DIFERENCIA ENTRE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

A continuación se presentan los aspectos relevantes que diferencian la prevención de la enfermedad, de la promoción de la salud:

CUADRO RESUMEN DE DIFERENCIAS ENTRE PROMOCION Y PREVENCION

PREVENCIÓN	PROMOCIÓN
<p>Acción que emana del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuesto a factores de Riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfoque de riesgo.• Medidas directas dirigidas al Bloqueo de la enfermedad.• Medidas específicas para el control de determinadas enfermedades• Identificación de causas Modificables de la enfermedad.	<p>Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfoque poblacional.• Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y Comunidades.• Requiere de buenas estructurales sociales de Base.• Gran potencial de mejorar

<ul style="list-style-type: none"> • Más efectivo cuanto más Temprano se frene el curso. • Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias. • Alta motivación del tratante y el tratado. 	<p>Indicadores de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más efectivo entre a más Temprano se inicie. • Medidas destinadas modificar actitudes, conductas y Comportamientos. • Percepción individual del beneficio es poca.
---	---

3. Niveles y tipos de intervención

- a. Promoción: las acciones de promoción actúan mayoritariamente a nivel de la sociedad y grupos poblacionales, ya que su alcance se produce mediante modificaciones en el modo y las condiciones de vida, y, en alguna medida, de los estilos de vida; por tanto, el impacto sobre la salud de los individuos es muy limitado. La promoción actúa con mayor énfasis en la población y sus grupos, escasamente lo hace con los individuos.

- b. Prevención: las acciones de prevención, dependiendo del problema y de la actividad específica de que se trate, pueden actuar en los tres niveles: la sociedad, los grupos y los individuos, sin embargo sus acciones se dirige mayoritariamente a individuos y grupos.

II. ESTRATEGIAS DE LA PREVENCIÓN

A. ESTRATEGIAS DE ACTUACION PREVENTIVA

1. Rol del asistente técnico de atención primaria.

Las actividades que desarrolla el equipo de salud, tienen un elevado componente preventivo, que debe ser aprovechado con la finalidad de brindar una atención integral e integrada a la población.

Las actividades preventivas habitualmente se integran a la labor diaria de los EBAIS, con el fin incrementar el nivel de salud de la población de su sector. Para integrar las actividades preventivas, se requiere de un grado importante de motivación, preparación técnica y colaboración entre los distintos miembros del equipo de salud, porque, de lo contrario, disminuye la efectividad de las acciones.

Para lograr esta integración es necesario crear estrategias de actuación que incidan en los diferentes grupos poblacionales asignados al equipo de salud, ya sea porque acuden espontáneamente a la consulta, porque son grupos de alto riesgo o son visitados en sus hogares.

2. Estrategias para la prevención primaria

En el campo de la prevención primaria, las estrategias van dirigidas principalmente a la población general y serán más exitosas en la medida en que la misma sociedad participe en la sensibilización de la modificación de determinadas conductas de riesgo o no saludables.

Están dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud.

3. Estrategias de prevención secundaria

Específicamente estas se orientan a la detección precoz de enfermedades, a través del cribado o tamizaje. El equipo cumple el papel de detectar a la población en riesgo de padecer ciertas enfermedades y referirlos a la Sede del EBAIS para que se le realice su tamizaje y colaborar en aplicar algunos de ellos como el tamizaje de adolescentes y adulto mayor en la visita domiciliar. También su rol sensibilizador y educador en este nivel de prevención es primordial.

Para ejecutar una estrategia de prevención secundaria se deben considerar estos tres grupos de factores:

- a. Relativos al problema de salud
- b. Relativos a la aplicación de la estrategia
- c. Relativo a la prueba de tamizaje a realizar.

4. Estrategias de prevención terciaria

Las estrategias de prevención son más complejas, porque están orientadas a tratar y/o detener el progreso de las secuelas de la enfermedad. Por su envergadura corresponde que sean aplicadas por el II y III nivel de atención especialmente, según corresponda..

iv. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y MEDICINA PREVENTIVA

En la historia de la medicina se pueden señalar varias etapas. La primera fue paliativa, la segunda higiénico sanitaria, la tercera curativa,

todas ellas tremendamente exitosas para los pacientes en lograr sus fines. La etapa actual pareciera ser extorsiva en su afán preventivo. Prevenir significa anticipar y evitar la llegada de algo que ocurriría si no lo evitáramos. El problema de anticipar es ¿cuándo antes?, ¿antes que aparezca?, ¿antes que se manifieste clínicamente, antes que se haga insoportable?, seguramente antes que sea tarde. Tarde es cuando ya no se puede lograr el objetivo. Los problemas de evitar son ¿con qué recursos? y además ¿cuáles son los riesgos y el costo económico que implican los recursos preventivos comparados con los riesgos y el costo económico de lo que se quiere evitar? El problema de la llegada es conocer la magnitud de la probabilidad de que esto ocurra. Prevenir debe por lo tanto tener en claro los objetivos, los recursos y los tiempos. Prevenir no debe ser peor que dejar venir.

Prevenir se justifica:

- 1º cuando la enfermedad declarada no tiene tratamiento efectivo
- 2º cuando aun teniendo tratamiento efectivo, su diagnóstico no pueda hacerse tempranamente con los recursos habituales,
- 3º cuando el número de sujetos en los que se evita la aparición de la enfermedad constituye un porcentaje significativo ¿>del 5%? de los expuestos a padecerla,
- 4º cuando el costo total de la prevención sea menor al costo total de la enfermedad. ¿Cuál es el objetivo de la prevención? Se supone que con la prevención se busca vivir más y con menos sufrimientos. Vivir más presume también que diversas amenazas se ciernen sobre nuestras probabilidades de sobrevivir. 2 Para la medicina el hombre es un objeto de cacería, los cazadores están representados por las causas de enfermedades y muerte. La

medicina pretende cancelar las licencias para dicha cacería. Debemos evitar que nos maten o invaliden las infecciones, el cáncer, la enfermedad coronaria, la enfermedad vascular cerebral, la demencia, etc. La mayor dificultad estriba en que la muerte es un fenómeno normal y la inmortalidad es inconcebible, retardar el envejecimiento y la muerte podrán pretender un cambio biológico social en el que paradójicamente el éxito podría ser letal, con lo cual el éxito dejaría de ser un triunfo para ser simplemente una salida, el famoso "éxitos letales". Un cambio en la pirámide poblacional con una proporción mayor de población senil o incapacitada puede trastocar toda la estructura social. Los accidentes y las guerras acentuarían aún más este desequilibrio si predominaran las víctimas jóvenes, lo que de hecho ocurre. La prevención de muertes anticipadas o de incapacidades se hacen evitando guerras, miseria, accidentes, homicidios, genocidios, terrorismo y enfermedades. Los médicos nos ocupamos apenas de evitar estas últimas aunque nos toque aliviar las incapacidades producidas por todas las demás. La prevención debe ser útil y es bueno que se aclare qué es ser útil. Útil es vivir mejor y si es posible más, estos son los objetivos. Si un recurso preventivo no consigue este resultado y si hace vivir peor o menos o si hace desviar recursos a usos inútiles no ha cumplido su objetivo y es por lo tanto inútil y perjudicial.

La medicina preventiva que se ocupa de evitar que una enfermedad aparezca se conoce como profilaxis primaria. Si se ocupa de evitar que una enfermedad alcance a manifestarse clínicamente, esto último mediante el diagnóstico o la detección precoz, se habla de profilaxis secundaria. Cuando la medicina

preventiva se ocupa de evitar complicaciones de enfermedades ya establecidas se habla de profilaxis terciaria.

La medicina preventiva basada en la profilaxis primaria es una concepción de la higiene, la medicina preventiva basada en el diagnóstico precoz o detección precoz de enfermedad o riesgo es una concepción “casandrista” de la medicina, la medicina con capacidad de profecía o menos mitológicamente capacidad predictiva. Casandra tenía la suerte de que sus predicciones se cumplían 100 %, la investigación clínica que suministra la información para los cálculos estadísticos y la predicción admite que las decisiones deberán tomarse sin certezas del 100 %. La prevención de enfermedades puede hacerse con recursos médicos o no pero se hace en base a conocimientos médicos. Hervir la leche no es un recurso médico pero se hace en base a un conocimiento de tipo médico, la contaminación bacteriana se puede corregir mediante ese arbitrio. El conocimiento médico es el que ha surgido de la investigación clínica, desde la más rudimentaria que es la observación, aunque no hubiera sido hecha por médicos. Se previenen enfermedades con recursos no médicos sanitarios, premédicas higiénicos o médicos dietéticos, quirúrgicos, inmunológicos o farmacológicos. 3 Son recursos sanitarios hacer potable el agua evitando contaminantes infecciosos o químicos; de eso se ocupan los ecologistas. Descontaminando el agua con filtros y clorinación y de eso se ocupan higienistas o sanitaristas. Son recursos sanitarios secar pantanos y evitar agua estancada en áreas palúdicas o de dengue, son recursos higiénicos el mosquitero, que es todavía más efectivo y barato que una vacuna para prevenir la malaria, y los repelentes de mosquitos para el dengue. La medicina preventiva puede referirse a la prevención

primaria, esto es antes de exponerse al agente patógeno sea este infeccioso, como se intenta con las vacunas, con las dietas hipo hidrogenadas para prevenir la obesidad, o la resistencia a la insulina, dietas hipo sódicas para prevenir la hipertensión y limitadas en alcohol para prevenir la cirrosis. Es prevención primaria no fumar para el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, la actividad física para reducir riesgos coronarios y de fracturas al reducir las caídas por mayor agilidad y reducir los factores de estrés, también lo es el calzado apropiado para la actividad física para reducir el trauma articular o protectores para distintos deportes. También es prevención primaria el lavado de manos para reducir la transmisión de agentes infecciosos, el preservativo para el sexo “seguro”, el cepillado de dientes y el flúor, etc. Se trata de una cultura de la salud a veces reñida con una cultura del placer como ocurre con las comidas, las bebidas, el fumar y el sexo. La prevención trata también de impedir las complicaciones de los riesgos o de enfermedades, sintomáticas o asintomáticas. Es prevención secundaria dejar de fumar para la enfermedad vascular coronaria o periférica, es prevención primaria no haber fumado para el cáncer de pulmón, es prevención secundaria el tratamiento antihipertensivo antes de la aparición de las complicaciones cerebrales, cardíacas o renales, es prevención terciaria el tratamiento antihipertensivo para prevenir recurrencias de accidentes vasculares cerebrales, para prevenir edema agudo de pulmón o retardar el desarrollo de insuficiencia renal. Es prevención secundaria o terciaria el disminuir las cifras del colesterol de baja densidad o aumentar el de alta densidad según se aplique a pacientes sin enfermedad coronaria conocida o con enfermedad coronaria conocida por angina de pecho o infarto de miocardio. ¿Cuáles son los límites de la prevención? Son límites su

interferencia con el placer, su probabilidad de efectos secundarios, su costo económico y su distancia temporal o una suerte de índice temporal, entre el tiempo previsible de lo que se quiere prevenir y el tiempo previsible de sobrevida, esto define su utilidad para la sobrevida. La prevención primaria puede comenzar en la concepción, en la fecundación, en la implantación, en el embarazo, en el nacimiento, en la infancia, en la adolescencia, en la adultez o en la vejez. La concepción puede ser infectante en el SIDA, la sífilis y la hepatitis B. Pueden descartarse y no implantarse embriones portadores de enfermedades genéticas graves sin tratamiento efectivo, enfermedades congénitas como la idiocia amaurótica y hasta puede seleccionarse genéticamente la implantación de un embrión que tras su nacimiento pueda servir de dador compatible para corregir enfermedades de sus hermanos. Pueden abortarse fetos con malformaciones. Hasta la muerte puede ser preventiva de enfermedades. Existen vacunaciones para la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez. Como se ve prever puede hacer ver muy lejos. 4 La dificultad de mantener la adherencia a los tratamientos dietéticos en obesos y diabéticos son claros ejemplos de enfrentamiento entre el principio del placer y el de conservación de la salud. El aborto puede enfrentar principios morales y de salud. Los riesgos y las complicaciones tienen una relación probabilística y también es probabilística la relación entre los recursos preventivos y las complicaciones que se pretende prevenir. Para las enfermedades de riesgo individual la relación costo / beneficio de la prevención debe ser valorada por cada individuo, para las enfermedades de riesgo social la sociedad debe tener instrumentos que le permitan tener injerencia en esa decisión. La prevención puede verse desde distintas perspectivas, la del paciente, la de su familia, la de su círculo social, la del médico

general, la del especialista, la del asegurador, la del sanitarista, y cada una de estas perspectivas tiene un componente racional y uno emocional que justifican la decisión o el consejo. La perspectiva del paciente tiene aspectos que apelan a su inteligencia racional, aspectos que apelan a su inteligencia emocional y aspectos que se resuelven en el campo de los valores. La razón maneja las magnitudes de las probabilidades de sobrevida, la inteligencia emocional decide sobre cómo se afecta la calidad de vida, los valores deciden la relación entre riesgos actuales y riesgos futuros. Por lo que parece son áreas diferentes del cerebro las que participan de esas decisiones. La perspectiva familiar tiene como objetivo una mayor sobrevida. La perspectiva social es la de la moda influenciada por el marketing en una sociedad de consumo. La perspectiva del médico general puede ser aumentar la sobrevida si es posible sin deteriorar la calidad. La perspectiva del especialista es librar al paciente de anomalías sin fijarse mucho si eso consigue vivir más y mejor. La perspectiva del asegurador es la ecuación costo / beneficio en su aspecto económico. La perspectiva de un sanitarista tiene en cuenta la prevención en el contexto de recursos limitados con el objetivo de no subvertir la equidad en el acceso a la salud. Tomar decisiones teniendo en cuenta todas estas perspectivas puede ser demandante y frustrante. 5 Es fácil confundir objetivos finales como vivir más y mejor con objetivos parciales como mejorar indicadores de riesgos o diagnosticar tempranamente riesgos o enfermedades. No siempre corregir indicadores de riesgo o tratar tempranamente enfermedades cumplen los objetivos fundamentales. Es necesario comprender que la investigación clínica permite resolver más fácilmente la verdad sobre los objetivos parciales que sobre los objetivos finales. La gran diferencia es el tiempo y el número de

individuos que deben estudiarse para llegar a una conclusión en uno y otro caso. Las inversiones que demandan estos estudios son muy grandes, es fácil entonces tentarse en hacer pasar objetivos parciales como si fueran finales para recuperar la inversión antes que se demuestre que no cumplen el objetivo final. Por otra parte el criterio de: “en la duda abstenerse” puede ser arrollado por el criterio de no perder una eventual oportunidad. Hay que reconocer que en la civilización occidental esto último tiene mucho mejor marketing que alcanza a hacer persistir este criterio aun cuando ya se haya demostrado que esa eventual oportunidad no existe. Conviene advertir que negar eventuales oportunidades es destruir ilusiones y requiere inversión, lo primero es desagradable y lo segundo difícil ya que no existe renta para esa inversión. La renta de esta inversión sería evitar el desvío de recursos económicos hacia áreas improductivas de salud y reducir el costo de la salud haciéndola más accesible a toda la población. Para esto no hay lobby ni hay sobornos, no hay publicidad atractiva ni se puede imponer como moda, apenas si es razonable y solidario. En medicina preventiva la visión debe ser normal, ni miope que impida ver claramente el futuro lejano, ni hipermetrópe que impida ver con claridad el futuro más inmediato. Ante cada caso particular, cuando se plantea un recurso preventivo, se debe plantear: ¿está justificado?

¿Qué es cultura de prevención?

Existe una gran confusión conceptual en relación al término “cultura”. No se ha proporcionado una definición unánimemente aceptada, no existen consensos sobre los indicadores de la misma y escasos

trabajos se han emprendido para analizar la relación entre la cultura de seguridad y los resultados organizacionales.

Cuando se habla de la cultura de la prevención, no se trata de crear una nueva cultura. Es educar para crear una nueva cultura. Es educar para crear conciencia, adoptar nuevas conductas y una actitud responsable y de respeto por la protección de las vidas, el entorno, por las futuras generaciones; cultura de la prevención implica, una actitud colectiva que solo puede construirse mediante un largo proceso social, donde cada ser humano, como ciudadano común y/o como parte de los sistemas estructurales que componen la sociedad, sea capaz de cambiar situaciones amenazantes que coadyuvan con la dinámica social en los procesos de desarrollo y de ser coherentes en las decisiones y en la práctica de sus acciones.

Así pues podemos decir que cultura preventiva es: el conjunto de actitudes y creencias positivas, compartidas por todos los miembros de una empresa sobre salud, riesgos, accidentes, enfermedades y medidas preventivas. También podemos definirla como la actitud proactiva, de todos y todas los integrantes de las familias, escuelas, empresas y comunidades, para emprender acciones de prevención, independientemente de que exista o no un desastre inminente. Cultura de la prevención: la del compromiso por la seguridad, la promoción de la salud y el control total de pérdidas.

La cultura de la prevención de riesgos se fundamenta en el compromiso y la participación. Ciertamente, puede resultar extraño hablar de cultura de la prevención como una novedad. Hace ya más de diez años que existe en nuestro país un marco legal que presenta la cultura de la prevención como el eje, el objetivo y el medio fundamental

para conseguir una mejora efectiva de las condiciones de vida y de trabajo de la población laboralmente activa.

Existen diferentes enfoques para abordar la prevención y cada uno de ellos puede resultar útil de algún modo. Una condición de éxito, necesaria pero no suficiente, es la participación de todos los trabajadores y trabajadoras. Pero esta participación tiene que ir acompañada del compromiso visible de todos los agentes implicados hacia esa cultura de la prevención, ese nuevo enfoque en el que se busca la excelencia en la calidad de vida laboral. En definitiva, la prevención debe integrarse en el día a día de la actividad, escolar y laboral, como un auténtico "estilo de vida" y no como una imposición. La nueva cultura de la prevención es algo que ya existe realmente en nuestro entorno y que se está implantando, aunque de forma no tan rápida como pudiéramos desear.

Así pues, múltiples sectores están mostrando un interés creciente por la cultura de seguridad como un medio para reducir la siniestralidad laboral y mejorar la competitividad de la empresa.

“Como el riesgo es inherente a la vida, la cultura de prevención debería ser inherente a todas las sociedades humanas”

LA CULTURA DE LA PREVENCIÓN, EL ARMA PARA LUCHAR CONTRA EL CÁNCER

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Es una de las principales causas de muerte en México, y a nivel mundial; en 2012 causó 8,2 millones de defunciones (OMS, 2013).

La prevención y la detección temprana son fundamentales para detener el alarmante incremento de la incidencia de esta enfermedad. La mortalidad por esta causa sigue un dramático aumento, sin embargo, trabajar en fomentar y reforzar una cultura de prevención y detección temprana, disminuiría en gran escala la tasa de mortalidad causada por esta. En razón de fomentar medidas destinadas a reducir la carga mundial del cáncer, la OMS, CIIC y la UICC conmemoran el 4 de febrero de cada año como el Día Mundial contra el Cáncer.

Aproximadamente 30% de las muertes se deben, según datos de UNICEF, a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. La prevención es una forma efectiva para reducir las demandas de servicios de salud y aumentar la calidad de vida, disminuyendo padecimientos provocados por malos hábitos.

Disminuir el consumo de alcohol y tabaco, trabajar en hábitos que contribuyan a un estilo de vida equilibrado, optando por consumir el plato del bien comer en cada una de nuestras comidas, evitar la exposición de sustancias cancerígenas, la exposición prolongada a la radiación solar ultravioleta y realizar actividad física para mantener o disminuir índice de masa corporal, una revisión médica y personal constante pueden ser la diferencia entre un diagnóstico negativo.

2.4 COMPORTAMIENTO HUMANO

ASPECTOS GENERALES

El comportamiento humano es el conjunto de actos exhibidos por el ser

humano y determinados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona y los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética.

El comportamiento humano desde los inicios de su historia se ha tratado de estudiar y comprender, esto para tratar de aprovechar sus características en el desarrollo de actividades o mejorarlo para permitirle al mismo vivir de una mejor manera, ya sea observando sus fortalezas, mejorando esos aspectos y tratar de disminuir las debilidades aumentando la atención en los puntos en los que generalmente el ser humano suele fallar.

Muchos consideran el comportamiento humano algo muy complicado, sin embargo no lo es, puesto que desde sus inicios el ser humano ha demostrado su interés de aprender sobre lo que lo rodea y aprovecharlo para su beneficio y comodidad, si bien el ser humano es curioso, también es creativo, al inventar toda una serie de formas para comunicarse, desde el lenguaje por señas, el escrito, incluso el oral, entre otras muchas más cosas que ayudaron a facilitar la vida del ser humano, así como su supervivencia. Otro aspecto importante sobre la forma de ser de las personas es el hecho de la manera en la que éstas aprenden; siendo esto la imitación, este recurso es muy utilizado por el ser humano desde la antigüedad, evidentes ejemplos de esto es el hecho de que mediante la copia o imitación se aprende a hablar o caminar. Algunos de los inventos se basan en la imitación de la naturaleza como lo es el caso de los aviones, imitando la anatomía de las aves o el del helicóptero, siendo muy parecido a las libélulas. El aspecto del comportamiento, en el cual las personas deben poner atención, es el hecho que la imitación está presente y posee mucha

relevancia ya que desde la infancia se fomenta el imitar como una manera de aprender, así se aprende a hablar, caminar entre otras cosas; de esta manera muchos prácticamente adoptan la personalidad de otra persona, por lo cual las personas deben tener cuidado en su forma de actuar, ya que aquellos quienes tienden a copiar lo que ven son los infantes que siempre tienen en mente ser como su “héroe” es decir a quien admiran.

En primera instancia, se tiene a los padres o tutores encargados de los infantes como figura, de los cuales, en sus primeros pasos tendrán como ejemplo durante esta etapa. El comportamiento humano de los infantes, es en su mayoría, el reflejo de lo que observa y oye en su entorno, como su hogar, la escuela o los lugares a los que normalmente concurre, así como de las personas de las que se rodea, padres, hermanos, familia en general, maestros, compañeros, etc.

Cuando el infante empieza a dejar la infancia para convertirse en preadolescente, empezaran cambios físicos y psicológicos, que drásticamente irán en torno a su comportamiento humano, ya que la etapa de cambio, genera la entrada a un nuevo modo de pensar, se viven situaciones muy diferentes que en los primeros años de vida.

El comportamiento de la persona (así como de otros organismos e incluso mecanismos), cae dentro del rango de lo que es visto como lo común, lo inusual, lo aceptable y por fuera de los límites aceptables. En sociología el comportamiento es considerado como vacío de significado, no dirigido a otro sujeto y por lo tanto una acción esencialmente humana. El comportamiento humano no puede confundirse con el comportamiento social que es una acción más desarrollada y que está dirigido a otro sujeto. La aceptación del

comportamiento es relativamente evaluada por la norma social y regulada por diferentes medios de control social.

El comportamiento de la gente es estudiado por las disciplinas académicas de la psicología, la sociología, la economía, la antropología, la criminología y sus diferentes ramas.

Relación con su entorno: el hábitat del hombre no adaptación sino transformación.

El animal está vinculado a su entorno. Entorno en el que encuentra satisfacción a sus estímulos y eso le basta. Es verdad que el hombre también busca la satisfacción de sus instintos pero, al mismo tiempo, se hace cargo de mucho más, conoce otras muchas realidades y se interesa por ellas aunque no le sean útiles ni le proporcionen una satisfacción.

Para la ardilla no existe la hormiga que sube por el mismo árbol. Para el hombre no solo existen ambas sino también las lejanas montañas y las estrellas, cosa que desde el punto de vista biológico es totalmente superfluo.

El animal capta y conoce una parte del mundo lo que necesita del mundo, y eso es para él "Todo el mundo". El hombre está abierto a todo el mundo, o mejor, a todo el ser.

Desarrollo del ser humano

La finalidad de todo organismo y con él, de su especie es conseguir la supervivencia para llevar a cabo el trasvase generacional del genotipo

mediante el acto reproductor. Para sobrevivir el organismo adopta una conducta dirigida a la obtención de alimento y por otro, elabora una estrategia efectiva para vivir de sus enemigos tróficos. Todo ser humano crece con un instinto o manera de supervivencia.

Los genes juegan gran parte en esta conducta o instinto del ser humano. Estos comportamientos son determinados tanto por herencia como por el ambiente, cada uno contribuyendo diferentes grados de reacciones particulares. Las reacciones son limitadas por la habilidad del individuo de detectar y responder al estímulo presentado. El comportamiento tiene algunas conductas que son innatas, estas ocurren cuando la acción debe ser realizada correctamente desde la primera vez. Estos tipos de conducta rara la vez son genéticamente modificadas y están hechas a nivel de población. Además de las conductas innatas tenemos un comportamiento que se puede desarrollar en un ambiente flexible o estricto. En un ambiente flexible es fácil poder modificar el comportamiento por las diferentes experiencias e instituciones. Esto hace que la conducta sea adaptiva, en cambio un ambiente estricto deja poco lugar para influencias externas haciendo difícil la modificación del comportamiento que ya posee.

“Todos las conductas son determinados por herencia como por el medio ambiente cada uno contribuyendo a diferentes grados para respuestas particulares (Lewis, 1991)”.

Conciencia

Conocimiento que el espíritu humano tiene de su propia existencia, estados y actos. En el comportamiento humano un factor importante lo es la conciencia ya que nos encontramos literalmente en una carrera

con nosotros mismos. Por otra parte para que haya una evolución biológica debe de haber una evolución de conciencia y para que esto suceda tenemos que comprender lo que es nuestra conciencia. Solo los sucesos más importantes que necesitan nuestra atención entran en la conciencia.

Evolución del comportamiento humano desde la psicología El ser humano ha evolucionado para ajustarse a un mundo diferente, un mundo que terminó hace 20.000 años. No hemos cambiado mucho durante este período, aunque parezca demasiado tiempo desde nuestra perspectiva.

La prehistoria ocupa todo este período, desde los cazadores-recolectores a lo largo de los comienzos de la civilización, hasta las revoluciones agrícola, industrial y otras, y nos hemos acostumbrado a pensar que los seres humanos del siglo xx en la sociedad occidental somos muy diferentes de los que vivían en la antigüedad remota: los cavernícolas, los cazadores recolectores y los que vivían justo antes de la revolución agrícola, mucho antes de la civilización. Esta presunción es la versión corriente del pensamiento conmocionado de los tiempos de Darwin, cuando los ciudadanos de la Inglaterra victoriana no podían simplemente adaptarse a la idea de que eran parientes de los monos. A la mayoría de los seres humanos les ocurre lo mismo: seguramente han trascendido las acciones y reacciones de aquellos salvajes incivilizados. Pero para cualquiera que sea consciente de los recientes descubrimientos sobre la evolución humana, nuestra escala del tiempo tiene que ser reajustada. Los seres humanos y nuestros antecesores han evolucionado durante un periodo que ha durado millones de años. Los últimos 20.000 años constituyen una insignificante porción de tiempo en términos evolutivos: no ha habido tiempo para aumentar el

desarrollo de nuestras capacidades mentales, de nuestra capacidad para enfrentarnos a los desafíos del entorno, de nuestra capacidad para pensar, razonar y crear.

Somos las mismas personas que fuimos diseñadas para vivir cuando nuestra especie la componían unos cuantos grupos de miles, que vagaban por las sabanas del este de África. Estábamos diseñados para responder rápidamente al peligro inmediato: los que vivieron suficientemente para generarnos. En nuestra época los peligros son de otra clase y nadie está preparado para contemplar 15.000 asesinatos durante la adolescencia.

Nuestro mundo ha cambiado radicalmente en el periodo de nuestras propias vidas con los ordenadores, los viajes espaciales, la amenaza de guerra nuclear. Todos estos cambios no tienen precedentes y sin embargo, tenemos el mismo sistema mental que teníamos desde hace decenas de miles de años; un sistema que intenta, frente a cualquier acontecimiento, mantener las cosas en orden, simples y claras. El ser humano es un animal que desea e intenta desesperadamente hacer su vida tan rutinaria y estable como le es posible, aferrándose a presunciones y paradigmas fijos, mientras que el mundo sigue cambiando ininterrumpidamente.

Factor importante en el comportamiento humano Un factor de mucha importancia en el comportamiento humano, social e incluso en la vida diaria es la psicología, que es la ciencia de la vida mental, tanto de sus fenómenos como de sus condiciones. Fenómenos son lo que llamamos sentimientos, deseos, cogniciones, razonamientos, decisiones y cosas similares; consideradas superficialmente es tal su variedad y complejidad que deja una impresión caótica al observador. Sin una

mente saludable y estable no puede haber un comportamiento sano y estable, por tal razón la salud mental influye mucho en el comportamiento humano.

Comportamiento social El comportamiento social puede ser definido como el conjunto de pautas de conducta que organizan la relación entre los individuos que conforman un grupo, el modo de actuación de éste, en su globalidad, con respecto al medio en el que habita, existiendo una finalidad de carácter adaptativo que le convierte en una de las claves esenciales del proceso evolutivo, al estar constantemente sometido a la variación de los criterios selectivos y, por tanto, a los selectores directos del cambio.

Las prácticas culturales usualmente tienen una gran influencia en diferentes tipos de comportamientos sociales. Este fenómeno de prácticas culturales se origina cuando el repertorio de dos o más individuos crean una unidad duradera que posee la posibilidad de durar más allá del tiempo de esos individuos. Las prácticas que se pasan de generación en generación por décadas, pasando por un proceso evolutivo a nivel cultural, son las que más influencia tienen en nuestra realidad. Esto hace que en estas prácticas culturales el comportamiento de una persona influya el comportamiento de otra persona que influye a la otra persona como una concatenación de acontecimientos. Esto crea la misma estructura cultural que se construye por los diferentes comportamientos de la sociedad. A su vez la cultura influye el proceso de socialización de los jóvenes por las diferentes instituciones.

“Prácticas culturales usualmente involucran entrelazar contingencia conductual, donde la conducta de una persona puede proveer

consecuencias positivas para la conducta de una segunda persona (Todorov, 2009)”

Existen sociedades simples y sociedades complejas, sistemas de interacción social igualitarios y sistemas jerarquizantes, sociedades subsistenciales y sociedades de consumo, etc... Sin embargo la configuración social de nuestra especie ha experimentado una evolución de una complejidad tal que se ha traducido en la aparición de una variedad de formas adaptadas de acuerdo con un criterio histórico y económico, intrínseco al proceso evolutivo del género humano. El ser humano contra de tener una economía productora comienza a hacerse sedentario y a ejercer una presión mayor, lo que ha causado que en unos pocos milenios aumente la producción, el incremento demográfico y la aparición de sistemas sociales distintos en los que se establecen jerarquías funcionalmente diferentes que marcan el comienzo de las desigualdades.

Por otra parte tenemos una sociedad cooperativa y solidaria. En la cooperativa aparecen determinados rasgos de colaboración altruismo estas manifestaciones son elementos minoritarios del global de la conducta. La conducta humana es solidaria, es decir, orientada no sólo a la cooperación en la obtención de un objetivo tras lo cual finaliza el acto de colaboración en la mayor parte de las sociedades semi-cooperativas aludidas sino a la distribución energética obtenida a través del mismo.

En definitiva, la transformación en una sociedad cooperativa y solidaria con independencia de los miembros que la forman, el establecimiento de estrategias sexuales entre ambos sexos de carácter extensivo y vitalicio, el cambio de las relaciones endógenas de las unidades

reproductoras, que además de reproductivas se hacen subsistencia les y el empleo de una división social del trabajo son los rasgos distintivos que identifican el comportamiento humano.

4.1 LA PERSONALIDAD

"La forma de pensar, de sentir, de comportarse y de relacionarse nos ayudan a conocer a la persona en su totalidad e individualidad y en su desarrollo evolutivo juegan un papel muy importante la carga genética, las experiencias personales, las relaciones interpersonales y el entorno sociocultural en el que vive; por eso, podríamos decir que la Personalidad es un todo integrado, con componentes biológicos, psicológicos y sociales innatos y aprendidos."1

Factores que afectan el comportamiento humano

- La genética
- La actitud: en este grado la persona hace una evaluación favorable o desfavorable del comportamiento.
- La norma social: esta es la influencia de la presión social que es percibida por el individuo (creencia normativa) para realizar o no ciertos comportamientos.
- Control del comportamiento percibido: cómo las creencias del individuo hacen fácil o difícil la realización del comportamiento.
- La cultura: influencia entrelazada con la contingencia de diferentes conductas.

DIFERENCIA ENTRE CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO

Según las investigaciones, lecturas y debates que he presentado, la conducta y el comportamiento no son sinónimos como muchos creen,

para defender mi punto de vista, hago claro la discusión con la presentación de los conceptos.

¿Qué es conducta?

en el diccionario de psicología se encuentra que en latín, el término "conducta" proviene de "conductus" que significa "conducir" y se refiere básicamente al modo en que un organismo se conduce en relación con los demás, según una norma moral, social o cultural. se refiere también a la conducta global de un determinado grupo social en sus relaciones hacia los otros. En ocasiones se le emplea como sinónimo de comportamiento, pero es incorrecto hacerlo, pues la conducta implica una actividad consciente, observable y repetible.

¿Qué es comportamiento?

Es la manera de proceder que tienen las personas, en relación con su entorno de estímulos. este puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según sean las circunstancias que afecten al organismo

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Comportamiento preventivo: acciones o prácticas individuales o colectivas de las personas, en relación con las medidas adoptadas para evitar enfermar. Y es la resultante de dos factores: biopsicológico de la persona y del entorno
- Prevención: “Medidas destinadas para reducir la probabilidad de la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”

- Es la acción que se toma para reducir la probabilidad de padecer de cáncer.
- Bio-psicológico: forma de pensar, sentir, deseos, expectativas, conocimiento del ser humano que se va manifestando y desarrollando en su evolución.
- Entorno o ambiente: llamado contexto social son todos aquellos elementos que se encuentran en relación estrecha con el individuo: personas, la familia, la escuela.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE: comportamiento hacia prevención del cáncer

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Comportamiento hacia la prevención del cáncer	Manera de proceder de las personas y que tienen un impacto en la salud; en la medida en que sean favorables o desfavorables.	Acciones individuales, que asumen las personas, en relación con las medidas adoptadas para evitar enfermar, Y que es la resultante de dos elementos: estructura biopsíquica y del Entorno	- PSICOLÒGIC O cognitivo Emocional Entorno.	-conocimientos -motivaciones, - expectativas y - deseos -económicos - accesibilidad geográfico - accesibilidad social y - cultural

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es de método utilizado fue el descriptivo ya que permitió describir los hallazgos tal y como se presentaron, de corte transversal en razón que se obtienen en un tiempo y espacio determinado.

Según el nivel de estudio es aplicativo, es decir se caracteriza en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta

3.2. SEDE DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el en el Hospital Militar Central”, servicio de Oncohematología considerado de Nivel III de Complejidad, se encuentra ubicado en avenida Pershing Jesús María, El servicio de Oncología está ubicado en el cuarto piso del Pabellón A del Hospital Militar Central y la atención es ambulatoria y de hospitalización, cuenta con 3 consultorios, siendo el promedio de atención por día de 8 a 15 pacientes promedio. El personal está compuesto por 15 enfermeras cubriendo los tres turnos, 8 técnicas de enfermería, 8 médicos y 1 psicóloga.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo constituida por 80 usuarios que acuden al servicio de Oncohematología. (Consulta externa), durante el mes de Enero – febrero 2016

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- edad entre 20 y 60 años
- con diagnóstico o no de cáncer.
- Ambos sexos
- aceptación voluntaria

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- pacientes con otra enfermedad considerada crónica

3.5. UNIDAD DE ANALISIS

La población de estudio estuvo conformada por todos los usuarios que acuden al servicio de oncohematología siendo un total de 40 pacientes, elegidos aleatoriamente por conveniencia.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista y para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con el objetivo de medir el comportamiento hacia la prevención (ANEXO B).

El cuestionario consta de

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del contenido y constructo se obtuvo a través del juicio de expertos. Los resultados obtenidos fueron contrastados con la prueba binomial. (VER ANEXO C) Posteriormente se realizaron los reajustes necesarios en base a las observaciones consideradas. La validez y confiabilidad estadísticamente para el instrumento se calculó utilizándose el coeficiente Alfa de Crombasch (VER ANEXO D)

3.8. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el recojo de la información se procedió:

- Solicitar autorización mediante un oficio dirigido al director Del Hospital y del servicio de Onco Hematología
- El recojo de datos se realizó tres veces por semana, los días miércoles, jueves y viernes de 8 a 12m. la aplicación del instrumento tendrá aproximadamente una duración de 15 a 30 minutos.
- Una vez recogido los datos y procesados la información son presentados en gráficos y tablas .

3.9. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACION

Luego de la recolección de datos, éstos fueron Procesados mediante el paquete estadístico de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla de matriz. (Anexo E).

Los resultados son presentados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación. Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva.

3.10. CONSIDERACIONES ETICAS

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos y el consentimiento informado de los pacientes. Guardándose confidencialidad a las respuestas emitidas por los pacientes del estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÒN

4.1. RESULTADOS

Los resultados de en la presente investigación se han presentado en tablas y gráficos estadísticos, así como el análisis e interpretación respectiva.

DATOS GENERALES

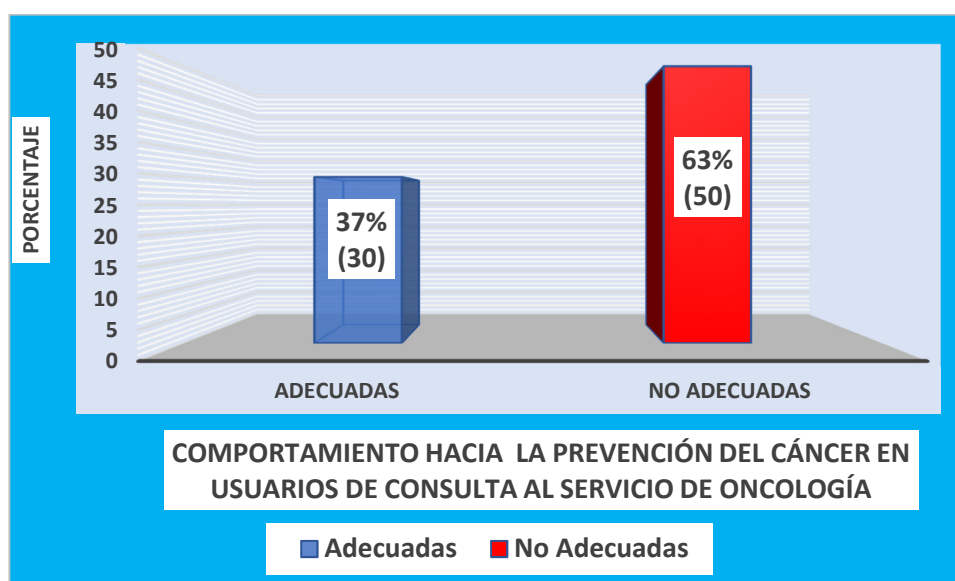
La población de estudio estuvo constituida por 80 (100%) pacientes, Respecto a la edad de los usuarios es su mayoría de 48 a 60 años en un 55%(54), de 34 a 47 años en un 30%(34) y de 20 a 33 años en un 15%(12).

En relación al sexo en su mayoría un 48 (60%) son de sexo Masculino y Femenino en un 32 (40%)

DATOS ESPECIFICOS

GRAFICA N° 1

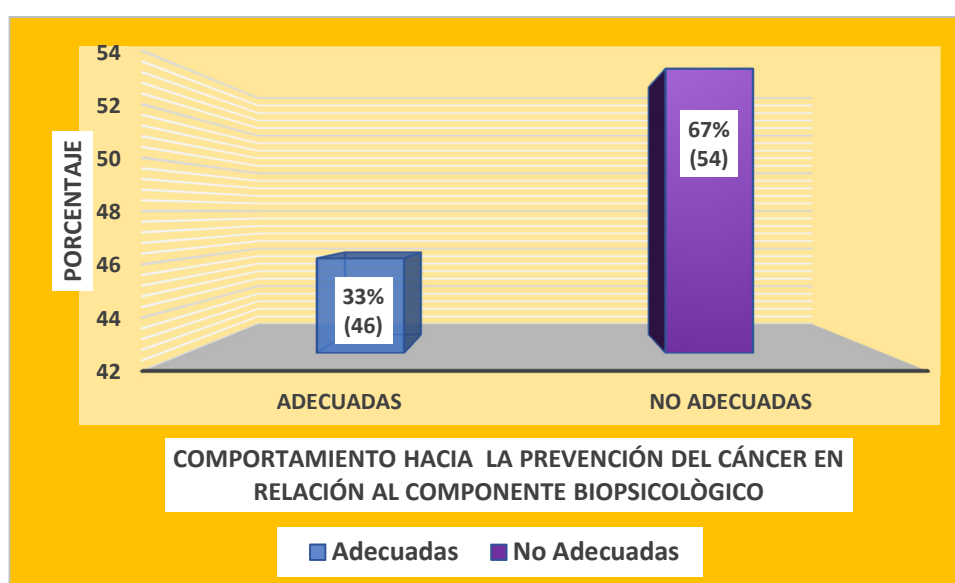
COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN USUARIOS DE CONSULTA AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 1, el comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios de consulta al servicio de oncología en el Hospital Militar Central, son inadecuadas en un 63%(50) y Adecuadas en un 37%(30).

GRAFICA N° 2

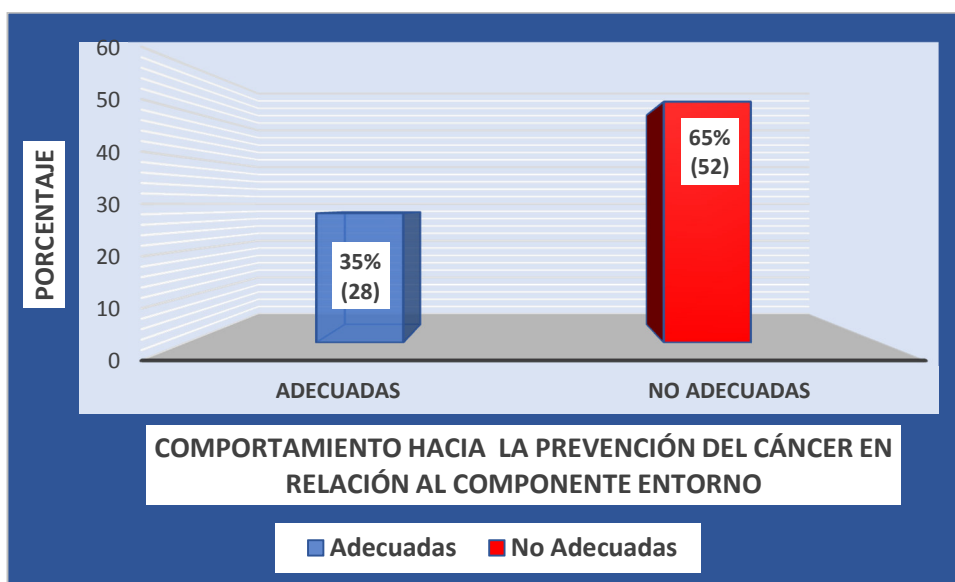
COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN RELACIÓN AL COMPONENTE BIOPSIOLÓGICO EN USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 2, el comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente Bio Psicológico en usuarios de consulta al servicio de oncología en el Hospital Militar Central, son inadecuadas en un 67%(54) y Adecuadas en un 33%(46). Estos niveles de comportamiento se presentan según las respuestas, donde señalan que: A veces mi confianza en los médicos y enfermeras es débil, a veces la práctica preventiva la considero poco importante, y opcional, ya que no me educan como debo cuidarme, también a veces creo que los médicos no deben ser los principales protagonistas de la prevención,

GRAFICA N° 3

COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN RELACIÓN AL COMPONENTE ENTORNO EN USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL



además a veces, me gustaría tomar un papel activo en la solución de problemas que originan las enfermedades en mi familia. Casi siempre Considero que la prevención es costosa e innecesaria, también Casi siempre No deseo participar en actividades de prevención de enfermedades en mi familia, además casi siempre Cuando asisto a un centro de salud espero que me enseñen a cuidarme.

De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 3, el comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente entorno en usuarios de consulta al servicio de oncología en el Hospital Militar Central, son inadecuadas en un 65%(52) y

Adecuadas en un 35%(28). Estos niveles de comportamiento se presentan según las respuestas, donde señalan que: Casi siempre en mi hogar le dan poca importancia a acciones de anticiparse a algún daño, también casi siempre mis compañeros de trabajo le dan poca importancia a la evaluación de riesgos, además casi siempre en mi entorno laboral existe poca Información sobre riesgos para mi salud. Siempre mi situación económica, no facilita gastar en chequeos médicos. Deben ser gratuitos, asimismo entre mis amistades más cercanas y representativas existe poco Interés y preocupación por los aspectos relacionados con el mantenimiento de la salud (en general), a veces en mi familia, es más fácil ir a la farmacia que al médico, No conozco la existencia de lugares a los que puedo acudir para realizar cualquier pregunta o pedir orientación en temas de prevención de enfermedades.

4.2. DISCUSIÓN

Luego de procesar la información, atendiendo a los objetivos planteados al inicio del estudio, en el presente capítulo se discute los resultados con la teoría encontrada.

Los datos permiten afirmar que los pacientes que acuden a consulta externa del servicio de cardiología, responden en su mayoría a una población adulta, y de sexo masculino.

Entre los factores de riesgo que contribuyen a enfermedad, evidencias muestran que el control del cáncer depende en gran medida de factores sociodemográficos, culturales, económicos y de la organización de los servicios de salud.

La población del estudio se encuentran ubicados en una etapa de la vida en donde la mayoría de las personas presentan habilidades,

responsabilidad y carácter para la realización de acciones que permitan el cuidado de sí mismos, mantener su salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar

La percepción del grado de riesgo de tener una enfermedad grave como el cáncer es uno de los factores que pueden guiar las conductas de autocuidado. Riesgo significa cualquier factor que incrementa la posibilidad de tener una enfermedad, en este caso, el cáncer, existen distintos factores relacionados con el riesgo de cáncer entre ellos factores que no se pueden modificar, como sexo, edad, raza, hereditarios, etc.

Un estudio realizado sobre “Actitudes y Prácticas de Prevención de Factores de Riesgo de Cáncer, el 80% de las mujeres muestran una actitud favorable frente a la prevención y promoción de la salud, Manteniendo la disposición de poner en práctica los conocimientos adquiridos y buscando asistencia médica oportuna.

Las estadísticas sustentan la necesidad de hacer imprescindible la prevención de cáncer de mama, para lograr una disminución de casos de morbimortalidad en las mujeres a causa de una enfermedad cuya prevención es posible a través del control de factores de riesgo específicos modificables y mediante el empleo de factores protectores.

En el gráfico nº 1 con respecto al objetivo general cuya finalidad fue determinar el **comportamiento hacia la prevención del cáncer** . Los resultados muestran que el comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios de consulta de oncología son su mayoría inadecuadas y en menor porcentaje Adecuadas.

Los hallazgos encontrados se relacionan con la investigación de Barcelos L. y Cols (2003), que las mujeres mantenían una actitud inadecuada frente al autoexamen de mama en un 95,9% de mujeres que asistían a los centros de salud en búsqueda de atención clínica, ginecología y cuidados de enfermería. (11) Coincidiendo con este estudio en que las mujeres no dan importancia a la prevención de cáncer, así mismo Al evaluar las prácticas sobre la prevención del cáncer de mamas, se encuentra que las mujeres llevan a cabo acciones limitadas para la prevención de neoplasia. El 54% de la muestra corresponde a prácticas inadecuadas, por lo que se considera que las intervenciones realizadas por las mujeres para el cuidado de su salud.

Estos aspectos teóricos dan soporte a los datos encontrados por lo que identificar oportunamente los factores de riesgo es muy importante para promover el autocuidado.

Para determinar los objetivos específicos de identificar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación **al componente biopsicológico**, los hallazgos señalan que: son inadecuadas en un su mayoría y Adecuadas en un menor porcentaje. Estos niveles de comportamiento se presentan según las respuestas, donde señalan que: A veces su confianza en los médicos y enfermeras es débil, a que a veces la práctica preventiva la consideran poco importante, y opcional, la psicobiología en una enfermedad como el cáncer tiene una influencia clara en la aparición del cáncer.

La psicooncología es una disciplina que aplica la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación

Asimismo está aceptado que el comportamiento humano determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso. El cáncer podría evitarse en gran medida si se modificaran los patrones de conducta.

El comportamiento hacia la prevención del cáncer en **relación al componente entorno** son en mayor porcentaje inadecuadas seguidas por Adecuadas en un número menor.

Estudio titulado "Influencia De La Cultura En La Experiencia Del Cáncer" Hace referencia el cuidado óptimo del paciente con cáncer debería integrar variables culturales que influyen en la enfermedad.

La prevención del cáncer de debe ser la meta de los responsables de las políticas, los profesionales de la salud y las pacientes. Aunque se han logrado considerables avances para reducir la mortalidad por cáncer mediante la detección y el tratamiento tempranos, los programas eficaces para prevenir esta enfermedad no han sido una prioridad para los sistemas de salud. Actualmente, los datos y las observaciones de los expertos indican que las actividades de prevención del cáncer dirigidas a los factores de riesgo modificables en la población como: la obesidad, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol– pueden reducir la incidencia del cáncer.

En cuanto a indicadores de la dimensión entorno como trabajo, familia refieren que Casi siempre en su hogar le dan poca importancia a acciones de anticiparse a algún daño, así como en el trabajo le dan

poca importancia a la evaluación de riesgos y que existe poca Información sobre riesgos sobre salud

El ambiente y acciones humanas encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación o control del elemento agresivo. El componente entorno: "Comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado, que influyen en la vida del hombre y en las generaciones venideras. Es decir, no se trata sólo del espacio en el que se desarrolla la vida sino que también abarca seres vivos, objetos, agua, suelo, aire y las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como la cultura". Constituye además el entorno que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su conjunto.

Estudios indican que los factores sociales son más importantes que los factores de selección genética ya que puede provocar situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos".

Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo y obstaculizan las estrategias de lucha contra el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación.

Encontramos resultados que coinciden con el realizado por Barrera Basilio, Milagros Sonia “Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste al Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo” . Llegò a las siguientes conclusiones que el Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer es Bajo con 35.7% (52); y respecto a cada dimensión se encontró que el Nivel de Cultura sobre prevención del cáncer es Bajo con 46.6% (68) y Nivel de Cultura sobre el Diagnóstico Precoz del cáncer es Bajo con 46.7% (68) sobre el total de la muestra.

Por lo expuesto se deduce que el nivel de prevención de enfermedades específicamente el cáncer es bajo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación, ha sido posible llegar a las siguientes conclusiones

- El comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios de consulta al servicio de oncología, la mayoría de usuarios predomina un comportamiento inadecuado, seguido de una minoría que presenta un comportamiento Adecuado.
- El comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente Bio Psicológico, son inadecuadas en la mayoría de pacientes y adecuadas en menor porcentaje.
- Estos niveles de comportamiento se presentan ya que las respuestas, señalan que: es débil la confianza en los médicos y enfermeras
- La mayoría considera la práctica preventiva poco importante, y opcional ya que no la educan como debo cuidarme,
- La también creen que los médicos no deben ser los principales protagonistas de la prevención, y que le gustaría tomar un papel activo en la solución de problemas de enfermedades en la familia

- En cuanto al sexo de la población encuestada predomina el sexo Masculino seguido del sexo femenino, y una edad predominante de 48 a 60 años.

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones sobre el comportamiento hacia la prevención del cáncer con enfoque cualitativo a fin de conocer el mundo subjetivo de los mismos frente a este fenómeno de estudio..
- Realizar investigaciones sobre el tema ampliando en otros ámbitos geográficos.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner L.S. Brunner, (Manual de Enfermería Médico Quirúrgica) 6ta Edic. México, 1979.
2. BUNGE, Mario. Epistemología. España, editorial Ariel 1980
3. Delgado, Aníbal, (Tratamiento Médico a Pacientes con Cáncer) México, 2009
4. Dugas, Beberly, (Tratado de Enfermería Práctica), 3ra Edición, Editorial Interamericana, 2009
5. Estape, Jordi, (Enfermería y Cáncer) España, 2010
6. Johnson, Miriam (Análisis de las funciones de la Enfermera) 2008
8. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA NEOPLASICAS. Guía Técnica para la Consejería Preventiva del Cáncer. Perú. Lima 2012. .
9. HARRISON, J. Manual de Medicina Interna. Madrid, Editorial Mc Graw Hill 2003.
10. MATTSON CAROL. "Fisiopatología salud- enfermedad: un enfoque conceptual". Panamericana. España 7º edición.2009.
11. MC PHEE J. y R LINGFAPPA. Fisiopatología Médica. México, Editorial El manual moderno 2001
12. Otto, Shirley, (Enfermería oncológica) 3ra Edición, España, 2010.
13. Pachas G. Eleonor, (Apoyo de la enfermera a Familiares de Pacientes con Cáncer) Lima, 1996
14. OTTO, Shirley. Enfermería Oncológica, Editorial Mc Graw Hill 2004

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PÁG.
A. Consentimiento informado	I
B. Instrumento	II
C. Determinación de la prueba binomial	V
D. Determinación de alfa de cronbach	VI
E. Determinación del tamaño de muestra	VII
F. Operacionalización de la variable	VIII
G. Edad de los pacientes de consulta externa	X
H. Sexo de los pacientes de consulta externa	XI

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con DNI
Nº..... A través del presente documento expreso mi
voluntad de participar en la investigación titulada:
“COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL
CANCER EN USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. 2015”.
Habiendo sido informada del propósito de la misma, así
como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que
la información que en el instrumento será sólo y
exclusivamente para fines de la investigación en mención;
asegurándole la máxima confidencialidad”

Lima, de 2015

.....

FIRMA

ANEXO B

CUESTIONARIO

**COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL
CANCER EN USUARIOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

I.INTRODUCCION

Soy estudiante de la especialidad de enfermería oncológica, estoy realizando un estudio titulado: "COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CANCER EN USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL". 2015 con la finalidad de determinar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios que acuden a consulta al servicio de oncología en el Hospital Militar Central, para lo cual solicito su participación, los resultados contribuirán a obtener información que a plantear medidas correctivas para mejorar la situación encontrada.

INSTRUCCIONES:

Se le recomienda leer con atención y contestar con absoluta verdad, deberá marcar con una X en la alternativa que Ud. Cree conveniente, deberá marcar una alternativa de respuesta a la vez.

III. CONTENIDO

	ENUNCIADOS	Alternativas de respuesta				
		1	2	3	4	5
	COMPONENTE PSICOLÓGICO					
1	Mi confianza en los médicos y enfermeras es débil.					
2	creo que los médicos no deben ser los principales protagonistas de la prevención					
3	la práctica preventiva la considero poco importante, y opcional, ya que no me educan como debo cuidarme					
4	Considero que la prevención es costosa e innecesaria.					
5	Me gustaría tomar un papel activo en la solución de problemas que originan las enfermedades en mi familia					
6	No deseo participar en actividades de prevención de enfermedades en mi familia					
7	Cuando asisto a un centro de salud espero que me enseñen a cuidarme					
	COMPONENTE COGNITIVO					
8	Uso mis propias estrategias para controlar el riesgo a algún daño en mi salud					
9	La prevención de la enfermedad se debe brindar sólo a través de las acciones que se realizan en las Instituciones de Salud.					
10	Considero que el cuidado de la salud depende únicamente del profesional de la salud.					
	COMPONENTE EMOCIONAL					
11	Desaprovecho la oportunidad de realizar acciones preventivas que me ofrecen en mí comunidad porque no creo en eso.					
12	Considero poco importante una consulta médica ya que no la considero una fuente ni espacio de c u orientación e información					
13	Mi familia Consideran que la prevención deben hacerla las personas					

	especializadas en temas preventivos, en enfermedades, o en aspectos concretos.					
14	desaprovecho la oportunidad de acciones preventivas en las salas de espera, del hospital, como charlas, grupos de discusión o entrega de plegables					
	ENTORNO					
15	en mi hogar le dan poca importancia a acciones de anticiparse a algún daño					
16	Mis compañeros de trabajo le dan poca importancia a la evaluación de riesgos.					
17	en mi entorno laboral existe poca Información sobre riesgos para mi salud					
18	Mi situación económica, no facilita gastar en chequeos médicos. Deben ser gratuitos					
19	Entre mis amistades más cercanas y representativas existe poco Interés y preocupación por los aspectos relacionados con el mantenimiento de la salud (en general)					
20	En mi familia, es más fácil ir a la farmacia que al médico					
21	Conozco la existencia de lugares a los que puedo acudir para realizar cualquier pregunta o pedir orientación en temas de prevención de enfermedades.					
22	Sé dónde dirigirme para realizarme un control o chequeo médico sobre el cáncer.					

ANEXO C

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES MEDIANTE LA PRUEBA BINOMIAL

Items	Jueces Expertos							p
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	
1	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
2	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
3	0	0	0	0	0	1	0	0,0547
4	0	0	0	0	0	0	1	0,0547
5	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
6	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
7	0	0	0	0	0	0	1	0,0547
						Total		0,1953

Se ha realizado

0= si la respuesta es positiva

1= si la respuesta es negativa

$P = 0,1953/7 = 0,0279$

Si $p < 0,05$ el grado de concordancia es significativo, de acuerdo a los resultados obtenidos es significativo en lo concerniente a los ítems 1, 2, 5 y 6, debiendo realizarse ligeras modificaciones en los ítems 3, 4 y 7, sin embargo el instrumento es válido según los jueces expertos $p = 0,0279$

ANEXO D
DETERMINACION ALFA DE CRONBACH

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

MEDIANTE EL ALFA DE CRONBACH

N°	Total										I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	
	Pac	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9													
1	1	1	1	4	1	1	3	5	4	3	2	3	4	1	1	1	3	5	4	3	2	3	56
2	1	1	2	1	4	2	1	1	1	3	4	1	1	1	2	1	1	5	1	1	1	4	40
3	1	2	5	2	2	1	3	2	4	1	2	5	1	2	1	3	1	2	1	3	1	5	50
4	4	2	1	2	2	1	3	1	3	1	2	1	5	4	2	1	3	1	1	3	2	2	47
5	2	4	2	2	4	1	2	1	2	1	1	1	3	1	4	5	2	1	1	1	1	3	45
6	1	2	1	3	1	2	2	3	2	4	3	5	1	3	3	2	2	3	1	2	3	5	54
7	3	5	2	5	1	2	3	3	2	2	1	3	5	5	1	2	3	3	2	2	3	3	61
8	5	5	4	2	1	2	1	1	5	2	1	3	2	2	5	2	3	5	5	2	1	3	62
9	1	5	3	5	5	5	3	4	1	1	5	1	1	5	5	3	4	1	1	1	5	1	70
10	2	1	1	1	2	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	1	1	38
V _i	2.1	3.1	2.0	2.2	2.2	1.6	0.7	2.0	2.1	1.1	2.0	2.7	2.9	2.7	2.7	2.0	0.7	2.5	2.1	0.7	1.8	2.0	

$\alpha = 1,03(1 - 38/104,7) = 1,03(1 - 0,3629) = 1,03(0,6371) = 0,66$

$\alpha = 0,66 > 0,50$ El Instrumento tiene confiabilidad

ANEXO E

DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

FORMULA DE TAMAÑO DE MUESTRA:

$$n = \frac{(Z)^2 \times P \times Q \times N}{(N-1) E^2 + (Z)^2 \times P \times Q}$$

Donde;

N= Tamaño de muestra

Z= Valor normal (1,96) al 95%

P=Probabilidad de respuestas correctas (0,5)

Q= Probabilidad de respuestas incorrectas (0,5)

N= Población

E= Margen de error (0,05)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) (0.5) (120)}{(119) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 120}{119 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 120}{0.4875 + 0.96}$$

$$n = \frac{115.2}{1.4475}$$

$$n = 79.6 = 80$$

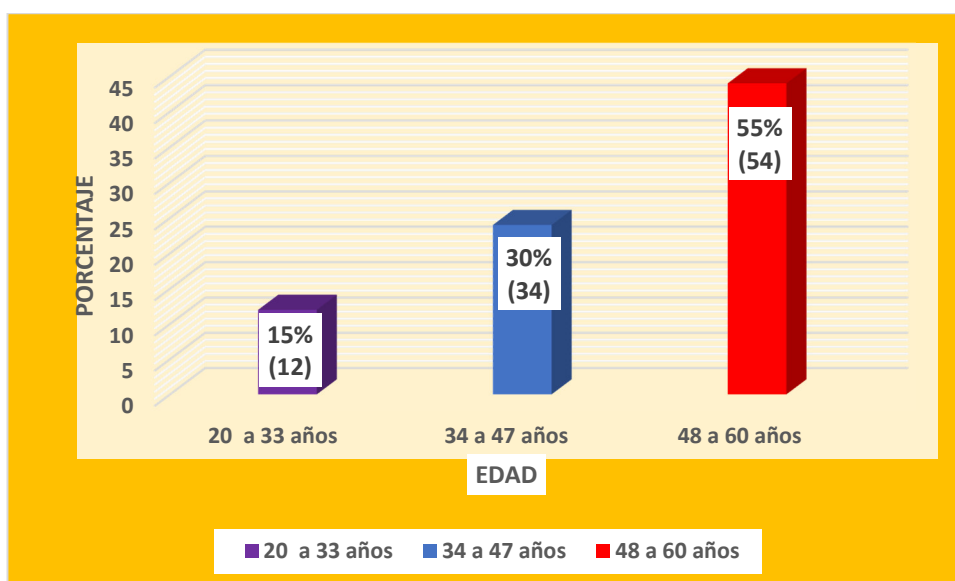
ANEXO F

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema de investigación	Objetivos	Marco Teórico	VARIABLES	Dimensiones indicadores	Valor final	
<p>“COMPORTAMIENTO HACIA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL”. 2015</p>	<p>Objetivo general - Determinar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en usuarios que acuden a consulta al servicio de oncología en el Hospital Militar Central</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente biopsicológico en usuarios que acuden a consulta 	<p>ANTECEDENTES</p> <p>Vilma Margot Vivas Sánchez y otros, 2012 “Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama”</p> <p>Barrera Basilio, Milagros Sonia, titula. (2015) realizó la tesis titulada “Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste al Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo”</p> <p>CARVALHO, Emilia Campos realizó un estudio titulado “RIESGO DE CÁNCER Y COMPORTAMIENTOS</p>	<p>Comportamiento hacia la prevención del cáncer</p>	<p>PSICOLÓGICO</p> <p>cognitivo</p>	<p>-CONFIANZA</p> <p>-PARTICIPACIÓN</p> <p>-IMPOR TANCIA</p> <p>-INICIATIVA</p> <p>-Reconocimiento del rol instituciones salud</p> <p>- Conciencia del daño a la salud -importancia prevención</p> <p>-Reconocimiento rol del profesional de la</p>	<p>Favorable</p> <p>Desfavorables</p>

	<p>externa del servicio de oncología en el Hospital Militar Central.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el comportamiento hacia la prevención del cáncer en relación al componente entorno en usuarios que acuden a consulta externa del servicio de oncología en el Hospital Militar Central 	<p>PREVENTIVOS: LA PERSUASIÓN COMO UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN"</p> <p>BASE TEORICA</p> <ul style="list-style-type: none"> . GENERALIDADES SOBRE EL CANCER - PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD - COMPORTAMIENTO HUMANO - FACTORES QUE AFECTAN EL COMPORTAMIENTO HUMANO 		<p>EMOCIONAL</p> <p>Entorno.</p>	<p>salud</p> <ul style="list-style-type: none"> -motivaciones - deseos -creencias - Trabajo - Casa - accesibilidad 	
--	--	---	--	---	--	--

ANEXO G
GRAFICA 1
EDAD DE LOS USUARIOS DE CONSULTA DE ONCOLOGÍA EN
EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2015

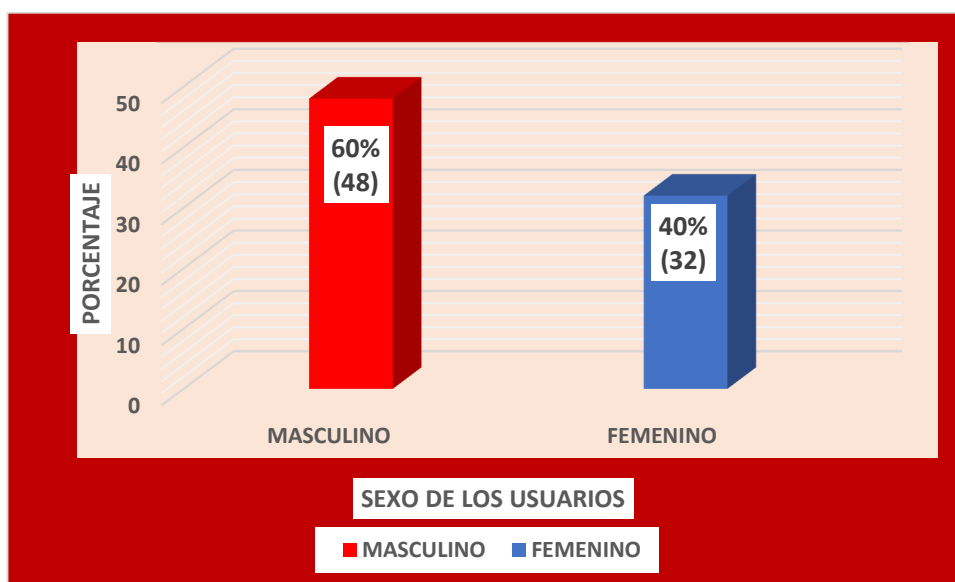


De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 1, la edad de los usuarios que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, de 48 a 60 años en un 55%(54), de 34 a 47 años en un 30%(34) y de 20 a 33 años en un 15%(12).

ANEXO H

GRAFICA 2

SEXO DE LOS USUARIOS DE CONSULTA DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 2, el sexo de los pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, es Masculino en un 60%(48) y Femenino en un 40%(32).